

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Toujours précieux

Transmission du VIH et couples discordants

La probabilité d'une infection par le VIH a été examinée chez 7762 couples sérodiscordants ayant des charges virales IH différentes dans le sang [1]. Le résultat a été convaincant. Avec une charge virale <600 copies/ml, aucune transmission n'a eu lieu. Avec une charge virale <1000 copies/ml, deux transmissions se sont produites. Dans les deux cas, la charge virale était sans doute plus élevée au moment de l'infection. Une infection ne s'est produite que si la personne infectée ne présentait pas une suppression stable du virus. Avec une suppression virale dans le sang à <1000 copies/ml, le risque infectieux s'avère donc pratiquement nul. Le message n'est pas nouveau: il a déjà été publié il y a 15 ans [2].

1 Lancet. 2023. doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00877-2.

2 Bull Med Suisses 2008, doi.org/10.4414/bms.2008.13252.

Rédigé le 9.8.2023_MK

Memo

Méthotrexate et stomatite

Deux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de psoriasis ont été traités par méthotrexate oral (MTX) à faible dose 1x/semaine. Tous deux ont développé une stomatite ulcéreuse qui les a empêchés de s'alimenter. Ils n'avaient qu'une légère neutropénie, les tests de réaction en chaîne par polymérase pour l'herpès simplex oral de type 1 (HSV-1) étaient positifs. À retenir: 1. une stomatite peut survenir au cours d'un traitement par MTX; 2. elle est plus fréquente à forte dose; 3. elle peut être le premier signe de toxicité du MTX; 4. sur le plan thérapeutique, on administre de la leucovorine, qui prévient en outre la pancytopenie; 5. il est recommandé de traiter également une réactivation orale du HSV afin d'éviter toute aggravation.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.

2023.01.047.

Rédigé le 19.7.2023_MK

Stéatose du foie

Révision de la nomenclature

Le diagnostic de «nonalcoholic fatty liver disease» repose sur un examen histologique montrant une adiposité macrovésiculaire de >5% des hépatocytes. Ce terme exclut les formes mixtes comportant la toxine supplémentaire qu'est l'alcool et «fatty» s'avère discriminatoire. C'est pourquoi «steatotic liver disease» (SLD) est le nouveau terme générique pour désigner une stéatose du foie. Avec des facteurs de risque comme le diabète et l'obésité, «MASLD» signifie «metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease». Si l'alcool est en cause, «alcohol-related liver disease» (ALD) reste valable. Les formes mixtes d'origine «métabolique» et «d'alcool» sont désignées par «MetALD» («metabolic and alcohol related liver disease»).

Hepatology. 2023, doi.org/10.1097/HEP.0000000000000520.

Rédigé le 18.7.2023_MK

CME

Névrалgie du trijumeau (tic douloureux)

- **Symptômes:** attaques douloureuses unilatérales et récurrentes dans la région du nerf trijumeau, qui apparaissent brusquement, s'arrêtent après quelques secondes (deux minutes maximum) et sont extrêmement douloureuses. Elles sont décrites comme des décharges électriques. Des spasmes faciaux peuvent parfois accompagner les crises douloureuses.
- **Épidémiologie:** l'incidence est estimée à environ 10 pour 100 000 personnes par an. Les femmes sont plus souvent touchées que les hommes. L'âge est généralement >50 ans.
- **Localisation:** droite > gauche, très rarement bilatérale. Nerf trijumeau: branche maxillaire et mandibulaire > branche ophtalmique.
- **Déclencheur des crises douloureuses:** Mouvements ou contacts au niveau du

visage: manger, boire, parler, se brosser les dents, se raser peuvent déclencher les crises. La qualité de vie est considérablement réduite.

- **Étiologie:** la plupart du temps, la cause n'est pas évidente. Toutefois, on suppose principalement qu'il s'agit d'une compression de la racine nerveuse par l'artère cérébelleuse supérieure, ce qui peut être mis en évidence par l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Il est rare qu'une compression extra-crânienne, éventuellement due à une tumeur, se produise sur le trajet du nerf. Une sclérose en plaques peut aussi entrer en ligne de compte.
- **Diagnostic:** le diagnostic se base sur la présentation clinique, alors que l'examen clinique s'avère normal. Il existe parfois une hyposensibilité au niveau de la zone concernée. Une IRM s'avère utile pour déterminer la cause exacte. Une évaluation neurologique et consultative supplémentaire est recommandée initialement.

- **Traitement:** en premier lieu, la carbamazépine (initialement 200 mg, pouvant être augmentée jusqu'à 1200 mg/jour) ou l'oxcarbazépine (600–1800 mg/jour) est utilisée. Si le contrôle de la douleur s'avère insuffisant, le traitement est complété par de la lamotrigine, de la prégabaline ou du topiramate. Le baclofène (40–80 mg/jour) peut également être tenté. En cas d'échec du traitement médicamenteux, des injections de botuline ainsi que différentes interventions chirurgicales sont à envisager. La décompression microvasculaire reste aujourd'hui encore le gold standard thérapeutique. Si la douleur est bien contrôlée, il convient d'essayer de réduire voire de suspendre progressivement la médication après plusieurs semaines. Les récurrences ne sont pas rares.

StatPearls. 2023, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556126.

Rédigé le 8.8.2023_MK

Insuffisance cardiaque récompensée

Observation inutile de la stratégie diurétique

Après le traitement réussi d'une insuffisance cardiaque aiguë décompensée, les diurétiques sont administrés par voie orale, puis l'évolution clinique est observée à l'hôpital au cours des jours suivants. Cette pratique a-t-elle une influence sur le dosage des diurétiques à la sortie? Est-ce que cela réduit le taux de ré-hospitalisations par la suite? Ni l'un ni l'autre! Dans cette étude de cohorte multicentrique menée au sein d'un réseau d'hôpitaux avant une grande expérience clinique dans le traitement des insuffisants cardiaques, le dosage des diurétiques à la sortie de l'hôpital était uniquement corrélé à la dose administrée *avant* l'entrée à l'hôpital - et non à l'évolution du poids, au statut volumétrique effectif ou au débit urinaire pendant la phase d'observation après le passage des diurétiques intraveineux à l'anse à un traitement oral. Le taux de ré-hospitalisations à 30 jours n'a pas non plus été influencé. Contrairement à la pratique clinique courante, une période d'observation des patients ré-compensés après le passage à un traitement diurétique oral ne semble pas apporter de bénéfice - elle prolonge par contre la durée d'hospitalisation.

Circulation. 2023,
doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.122.010206.
Rédigé le 13.7.2023_HU

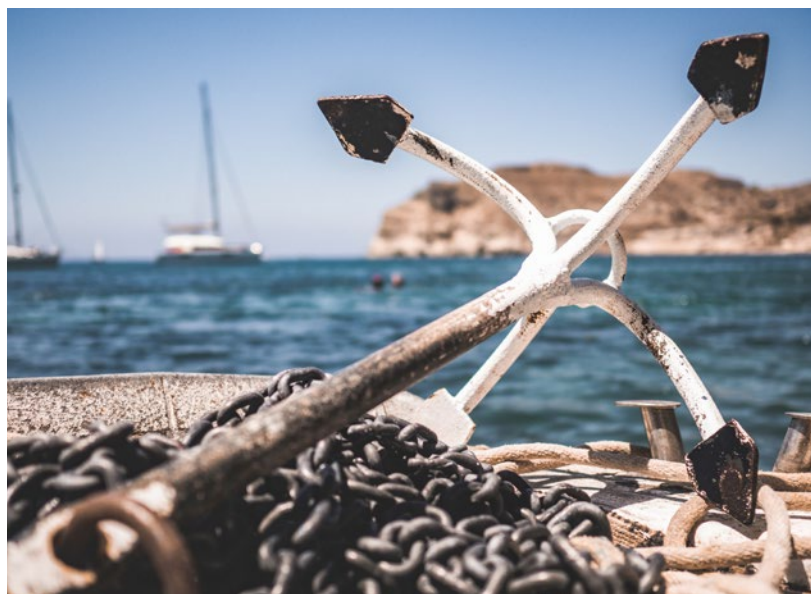
L'aube d'une nouvelle ère analgésique?

Canal sodique $\text{Na}_v1.8$ sélectivement inhibé

Les canaux de sodium (Na) au sein de la membrane cellulaire des cellules musculaires et nerveuses permettent l'afflux d'ions Na . Les nerfs périphériques, commencent à «tirer» grâce à l'afflux de Na et transmettent la douleur périphérique vers le centre. Si l'on parvient à bloquer ces canaux, la douleur est soulagée. Les bloqueurs de canaux Na , tels que la carbamazépine ou la phénytoïne, s'avèrent peu efficaces, car ils ne sont pas sélectifs et ne peuvent être administrés à des doses trop élevées en raison du blocage simultané des canaux Na des muscles et du cerveau. Il existe au moins neuf sous-types de canaux Na , dont trois au sein du système nerveux périphérique: $\text{Na}_v1.7$, $\text{Na}_v1.8$ et $\text{Na}_v1.9$. Bien que tous présentent une structure similaire, il a été possible de développer un inhibiteur hautement sélectif contre $\text{Na}_v1.8$ (VX548), qui a déjà été utilisé avec succès dans des études de phase II. Les attentes sont élevées: pratiquement pas d'effets secondaires, pas de potentiel de dépendance et intensification potentielle en combinaison avec des inhibiteurs sélectifs de $\text{Na}_v1.7$ et $\text{Na}_v1.9$.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMe2305708.
Rédigé le 9.8.2023_MK

Se focaliser sur les symptômes!



© Manuel Keusch / Pexels

Heuristique d'ancrage: Les informations précoces peuvent conduire inconsciemment à des conclusions hâtives.

L'heuristique d'ancrage et le processus diagnostique

Le processus diagnostique doit souvent aboutir à un objectif, à savoir poser un diagnostic et ce, avec des informations limitées et en un temps restreint! Les distorsions cognitives («cognitive biases») influencent ce processus. Lors de la présentation de patients, par exemple, certaines caractéristiques sont particulièrement mentionnées, alors que des informations jugées moins pertinentes sont plutôt omises. La mise en avant sélective de certaines informations entraîne le risque d'un «biais d'ancrage», ce qui désigne la tendance à se limiter à ces seules informations dès le début du processus diagnostique [1, 2].

Jusqu'à présent, des études de grande envergure sur ce sujet n'existent pas encore. Une étude transversale réalisée aux États-Unis est d'autant plus remarquable [3]. Les dossiers médicaux de plus de 100 000 patientes et patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique et s'étant présentés aux urgences avec la plainte d'un «essoufflement» ont été examinés. Dans ce collectif, deux groupes qui avaient été triés différemment au départ ont été comparés. Concrètement, un groupe avec et un autre groupe sans la mention explicite «insuffisance cardiaque chronique». Si, lors du triage initial des patients par le personnel soignant des urgences, il avait déjà été documenté qu'une insuffisance cardiaque chronique était connue, moins d'exams en vue d'une embolie pulmonaire ont été réalisés par la suite (8,8% vs. 13,4%), et le diagnostic d'une embolie pulmonaire a été retardé (90 min vs. 75 min). Sur le long-terme (30 jours), il n'y a pas eu de différence dans l'incidence de l'embolie pulmonaire.

L'étiquette explicite «insuffisance cardiaque chronique» semble ainsi poser un ancrage cognitif qui rend le diagnostic d'embolie pulmonaire moins probable pour les médecins traitants. C'est à la fois compréhensible et plausible – en particulier dans le cadre des services d'urgence en cas de forte affluence de patients: si les ressources mentales sont épuisées, on reste plus près de l'ancre. Etant donné que l'insuffisance cardiaque chronique représente un facteur de risque pour une thrombo-embolie veineuse, l'ampleur de ce biais cognitif est quelque peu surprenante. Pour minimiser l'heuristique de l'ancre, les auteurs proposent de se focaliser davantage sur les symptômes du patient et moins sur les (pré-)diagnostics explicites lors de la présentation des cas.

1 Science, 1974, doi.org/10.1126/science.185.4157.1124.
2 N Engl J Med. 2022, doi.org/10.1056/NEJMcpc2115846.
3 JAMA Intern Med. 2023, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.2366.

Rédigé le 13.7.23_HU