

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Erreurs diagnostiques

Quelles maladies, fréquence, conséquences?

Ces questions ont été abordées à l'aide d'une grande base de données aux États-Unis («malpractice database») sur une période de dix ans, avec un accent sur les diagnostics faux-négatifs, c'est-à-dire manqués ou retardés. Pour les trois grands groupes de diagnostics (maladies vasculaires, infections, tumeurs malignes), le taux d'erreur était d'environ 10% et le taux de complications graves (incapacité permanente, décès) de près de 5%. Les diagnostics erronés pour le «top 5» des maladies dangereuses (sepsis, pneumonie, thromboembolie veineuse, cancer du poumon, accident vasculaire cérébral) étaient responsables de 40% de toutes les complications graves. Toutefois, dans le contexte de toutes les consultations, le risque de dommage grave résultant d'un diagnostic erroné était faible (<0,1%) à l'échelle individuelle.

BMJ Qual Saf. 2023, doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014130.
Rédigé le 10.8.23_HU

Sinusite bactérienne aiguë

Effets d'un traitement antibiotique

Des enfants présentant une sinusite bactérienne aiguë diagnostiquée cliniquement ont été randomisés pour recevoir soit un traitement par amoxicilline/acide clavulanique, soit un placebo. Sous antibiotiques, la durée des symptômes a diminué en moyenne de 9 à 7 jours, la charge symptomatique a diminué de 2 points sur une échelle de 40 (!) points. Les effets se limitaient aux enfants chez lesquels *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ou *Moraxella catarrhalis* ont été mis en évidence par écouvillonnage nasal. Étant donné que ces derniers ne sont pas testés en routine et qu'ils sont également présents dans le sens d'une colonisation, les effets du traitement sont globalement modestes. À l'inverse, le risque de développer une diarrhée associée aux antibiotiques a quasiment doublé...

JAMA. 2023, doi.org/10.1001/jama.2023.10854.
Rédigé le 10.8.23_HU

Vintage Corner

Holiday heart syndrome

L'association entre la consommation d'alcool et l'incidence de la fibrillation auriculaire (FA) est connue [1]. La première série à ce sujet (24 cas), a été publiée il y a 45 ans [2]: tous les patients et patientes s'étaient présentés en urgence avec une arythmie, ils avaient consommé de la bière et/ou du whisky tous les jours pendant >10 ans, et aucune maladie cardiaque cliniquement manifeste n'était jusqu'alors connue. Le plus souvent, une FA (12/32 épisodes) avait été documentée, mais des flutters auriculaires, des tachycardies (TC) jonctionnelles et une TC ventriculaire avaient aussi été observés. La fréquence accrue de ces cas d'urgence pendant les week-ends, les jours fériés et à la fin de l'année (toujours après un excès d'alcool aigu) a donné naissance au terme «holiday heart syndrome».

1 N Engl J Med. 2020, doi.org/10.1056/NEJMoa1817591.
2 Am Heart J. 1978, doi.org/10.1016/0002-8703(78)90296-x.
Rédigé le 10.8.23_HU

CME

Fibrillation auriculaire

- La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie la plus fréquente. L'âge est le principal facteur de risque, avec une prévalence d'environ 10% chez les personnes >80 ans. Outre l'insuffisance cardiaque et les valvulopathies, les troubles respiratoires du sommeil, l'obésité, l'hypertension, le diabète, l'hyperthyroïdie et la consommation d'alcool (cf. «Vintage Corner») sont associés à la FA.
- Les symptômes sont des palpitations, une dyspnée et une intolérance à l'effort. De nombreux patients et patientes âgés sont asymptomatiques («FA silencieuse»).
- Le diagnostic est posé par ECG (absence d'ondes p et irrégularité complète du complexe QRS), un ECG normal n'ex-

cluant pas le diagnostic (épisodes paroxystiques). Les montres de sport et les montres connectées permettent aussi de plus en plus de suspecter une FA.

- Le diagnostic de routine comprend les analyses de laboratoire (électrolytes, thyroïdostimuline) et l'échocardiographie (taille de l'oreillette, pathologie sous-jacente).
- Le traitement a trois objectifs: améliorer les symptômes, prévenir les thromboembolies artérielles (accident vasculaire cérébral!) et prévenir l'insuffisance cardiaque.
- La stratégie thérapeutique est passée du dogme de longue date du contrôle de la fréquence au contrôle du rythme comme stratégie privilégiée – en particulier chez les personnes présentant une charge symptomatique élevée.
- Des bêtabloquants ou des antagonistes calciques sont utilisés en premier lieu

pour obtenir un contrôle de la fréquence (objectif <110/min). Les digitaliques et l'amiodarone sont utilisés en second lieu.

- Le contrôle initial du rythme se fait par voie médicamenteuse ou électrique; en cas de récurrence, une ablation par cathéter est envisagée. Chez les personnes hémodynamiquement stables, il est tenté d'obtenir un contrôle du rythme après l'établissement d'une anticoagulation, d'un contrôle de la fréquence et d'une correction électrolytique.
- Une anticoagulation est indiquée en cas de risque embolique élevé (score CHA2DS2-VASc ≥1). En cas de contre-indication, la fermeture de l'oreillette constitue une alternative interventionnelle.

Ann Intern Med. 2023, doi.org/10.7326/AITC202307180.
Rédigé le 11.8.23_HU

Étonnant

La thymectomie finalement pas si anodine

L'importance du thymus est négligeable chez l'être humain. C'était également l'avis de Peter Medawar, qui a reçu le prix Nobel en 1960 pour son ouvrage sur l'immunologie de la transplantation et qui a qualifié le thymus d'«evolutionary accident». Le fait que la thymectomie pratiquée lors d'opérations cardiaques ne soit même pas désavantageuse pour le système immunitaire chez les enfants et que le thymus s'atrophie physiologiquement avec l'âge plaide également en ce sens. D'un autre côté, il est incontestable que la maturation des lymphocytes T a lieu dans le thymus: les lymphocytes T destinés à reconnaître les antigènes étrangers sont activés, tandis que les lymphocytes T auto-immuns sont éliminés.

Dans une étude complexe, un groupe de Boston nous apprend désormais que la fonction du thymus a également une grande importance chez les personnes âgées. Au total, 1146 personnes ayant subi une thymectomie et des personnes contrôles appariées ont été suivies pendant cinq ans. La mortalité et les cancers étaient significativement plus fréquents chez les personnes thymectomisées que chez les contrôles (8,1 vs. 2,8% et 7,4 vs. 3,7%). Dans un sous-groupe, les maladies auto-immunes étaient également significativement plus fréquentes. Le nombre de cellules T CD4 et CD8 nouvellement produites était significativement plus bas chez les thymectomisés. Par ailleurs, les titres de 15 cytokines sur >70 testées étaient nettement plus élevés, notamment l'interleukine 23 et 33, toutes deux associées à des maladies tumorales et auto-immunes.

Il faut noter de manière critique que cette étude observationnelle était rétrospective et que le rôle causal de la thymectomie dans l'augmentation de la mortalité, des cancers et des maladies auto-immunes n'a pas été prouvé. Néanmoins, sur la base de ce travail, il semble sage de renoncer, dans la mesure du possible, à la thymectomie lors d'opérations cardiaques.

N Engl J Med. 2023. doi.org/10.1056/NEJMoa2302892 et doi.org/10.1056/NEJMe2306576.
Rédigé le 19.8.23_MK

L'OMS met en garde



Les épidémies de choléra (jaune/bleu/rose/vert/orange) et de diarrhée aqueuse aiguë (bleu rayé; gris: pas de données) signalées en 2023, état au 15 mai 2023 [1].

Choléra: hausse des cas

Au cours des dix dernières années, les cas de choléra ont diminué à l'échelle mondiale, mais depuis 2021, ils sont à nouveau en constante augmentation. Depuis le début de l'année 2023, un nombre anormalement élevé de cas de choléra a été signalé dans douze pays africains: >43 000 cas et 1400 décès. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en garde contre une augmentation exponentielle. Des foyers ont également été enregistrés en Inde, au Pakistan, en Syrie, au Liban et aux Philippines depuis le début de l'année (cf. figure).

Le choléra est une maladie diarrhéique infectieuse classique induite par une toxine. La toxine du choléra est produite par *Vibrio cholerae*, un bacille à Gram négatif en forme de virgule, très mobile. Elle est excrétée sous forme d'exotoxine et absorbée par les cellules de l'intestin grêle. Elle y provoque un dégagement de chlorure de sodium et d'hydrogénocarbonate dans la lumière intestinale, qui s'accompagne d'une perte massive d'eau. La réhydratation rapide est l'élément central du traitement. Si elle n'est pas accessible, les énormes pertes d'électrolytes et la déshydratation sévère peuvent être fatales.

Le choléra ne touche que les êtres humains, les animaux ne transmettent pas la maladie. La transmission ne se fait toutefois pas d'homme à homme, mais par le biais d'aliments et d'eau contaminés. Les crises humanitaires avec les guerres, les exodes, la faim et la soif ainsi que les changements climatiques avec les inondations ou la sécheresse représentent le plus grand risque. Dans les camps de masse, les conditions sanitaires sont mauvaises, ce qui favorise encore davantage la transmission. Le choléra est considéré comme la pandémie des pauvres et des marginaux. Dans notre quotidien, il ne nous intéresse que dans le cadre de la prévention lors de voyages.

La prévention des épidémies peut être améliorée par une eau propre, un bon assainissement et le respect des règles d'hygiène. La vaccination joue également un rôle important. Dans les pays africains, il existe actuellement un manque flagrant de vaccins, accentué par les coûts, le manque de reconnaissance du choléra, la prise de court par des épidémies se développant rapidement et le manque de possibilités de distribution dans les régions. Faute de vaccins, l'OMS recommande de n'administrer qu'une dose (au lieu des deux doses habituelles).

Un objectif ambitieux de l'organisation internationale «Global Task Force on Cholera Control» est l'élimination de cette infection dans les pays les plus touchés. Cet objectif ne semble pas réaliste, d'autant plus que nous nous dirigeons actuellement dans la direction opposée.

BMJ. 2023. doi.org/10.1136/bmj.p488 et doi.org/10.1136/bmj.p1831.
Rédigé le 18.8.2023_MK

1 De: World Health Organisation. Multi-country outbreak of cholera, External Situation Report #3, publié le 1 juin 2023, www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera-external-situation-report--3---1-june-2023, consulté le 21 août 2023.