

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Memo

Choisir la bonne taille du brassard

Pour une mesure correcte de la pression artérielle (PA), la taille du brassard doit être choisie en fonction de la circonférence du bras. La largeur et la longueur du coussin d'air doivent correspondre à 40% et 80% de la circonférence du bras. Pour simplifier, il existe en pratique des brassards de taille petite, normale, large et extra-large. Dans quelle mesure les valeurs de PA divergent-elles si l'on mesure toujours avec le brassard «normal»? Si le «petit» modèle avait été le bon, la PA mesurée était trop basse de 4 mm Hg. Si le modèle «large» avait été le bon, la PA était trop élevée de 5 mm Hg. Si – en cas d'obésité par exemple – le modèle «extra-large» avait été le bon, la PA était trop élevée de 20 mm Hg. Si l'on veut mesurer correctement la PA, les quatre tailles de brassard doivent être à portée de main sur le lieu de mesure de la PA.

JAMA Intern Med. 2023,
doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.3264.
Rédigé le 21.8.2023_MK

Encore mieux?

Vaccination contre *Clostridioides difficile*

Les infections à *Clostridioides difficile* sont associées à une morbidité élevée. Les récurrences après une antibiothérapie étant fréquentes, des alternatives sont évaluées. L'une d'entre elles est la prévention au moyen de vaccins. Les études existantes, toutes sponsorisées par des entreprises, montrent une bonne immunogénicité et tolérance du vaccin, ainsi qu'un bon profil de sécurité. La dernière publication se base sur 300 personnes de 65–85 ans en bonne santé, qui ont présenté des titres d'anticorps neutralisants élevés après trois doses de vaccin. Après 48 mois, ces titres n'avaient pratiquement pas changé. Avec une quatrième dose de rappel, ils ont à nouveau augmenté significativement, puis ont montré une légère baisse en l'espace de 36 mois. Même si ces résultats sont impressionnants, le vaccin ne sera probablement convaincant que lorsqu'il pourra prévenir les maladies.

J Infect Dis. 2023, doi.org/10.1093/infdis/jiad307.
Verfasst am 22.8.2023_MK

Étonnant

Nez artificiel: Flairer la maladie de Parkinson?

Il a été récemment rapporté que les chiens peuvent flairer une personne infectée par le coronavirus. Nous générons des substances volatiles lors de cette infection, qui sont reconnues par les chiens renifleurs. Cela semble également être le cas pour la maladie de Parkinson. Lorsque les chiens sont entraînés à reconnaître les émanations spécifiques à la maladie de Parkinson, ils montrent une grande précision dans la détection des patientes et patients atteints, qu'ils soient ou non sous traitement: la sensibilité est de 91%, la spécificité de 95%. Il est supposé que la production accrue des glandes sébacées en cas de maladie de Parkinson est «reniflée» par les chiens. Les auteurs imaginent qu'un nez électrique artificiel pourrait également détecter ce sébum. La précision est encore inconnue.

Am J Med. 2023,
doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.01.023.
Rédigé le 19.8.2023_MKK

CME

Troubles olfactifs post-viraux

- Il existe des troubles olfactifs quantitatifs et qualitatifs, ainsi que des combinaisons. Quantitatif: hyposmie = perte partielle de l'odorat, anosmie = perte totale de l'odorat. Qualitatif: parosmie = perception olfactive qui ne correspond pas à la réalité.
- La perte d'odorat transitoire pendant les infections pseudo-grippales est fréquente et s'explique facilement par l'inflammation de la muqueuse dans la partie supérieure du nez. Si le trouble persiste après l'infection, il s'agit d'un trouble olfactif post-viral.
- Les rhinovirus, les virus influenza, les virus parainfluenza, les coronavirus, les adénovirus, les entérovirus et le virus d'Epstein-

Barr provoquent des troubles olfactifs post-infectieux.

- Comme le COVID-19 provoque des troubles olfactifs post-infectieux dans jusqu'à 50% des cas, cette pathologie a suscité un grand intérêt médiatique et scientifique.
- Sur le plan pathogénique, une perte de l'épithélium olfactif et des altérations inflammatoires des neurones olfactifs sensoriels et du bulbe olfactif sont postulées.
- La parosmie s'explique par une régénération aberrante des neurones sensoriels. Les neurones qui transmettaient auparavant de mauvaises odeurs se régénèrent avec l'épithélium olfactif à partir duquel de bonnes odeurs étaient auparavant transmises au niveau central.
- La phase de récupération est longue, pouvant atteindre jusqu'à deux ans. Dans

30% des cas, la guérison est complète, dans 65% des cas, il y a une nette amélioration et dans 5% des cas, il persiste des lésions pertinentes. Pour la parosmie, le pronostic est similaire.

- Le traitement le plus étudié et probablement le plus efficace est l'entraînement olfactif. Il s'agit d'identifier chaque jour, pendant une période prolongée, différents parfums.
- Il n'existe aucune preuve que les corticoïdes topiques ou systémiques, la vitamine A intranasale ou les acides gras oméga-3 oraux favorisent la guérison.

BMJ Medicine. 2023,
doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000382.
Rédigé le 24.8.2023_MK

Procalcitonine

Nouvelles études – données négatives

Quelle est la valeur diagnostique des biomarqueurs (protéine C réactive [CRP] et procalcitonine [PCT]) pour prédire une co-infection bactérienne en cas de pneumonie liée au COVID-19? Faible – du moins s'ils ne sont mesurés qu'une seule fois (ici au moment de l'admission à l'hôpital). Tel est le résultat d'une étude multicentrique rétrospective [1] portant sur les données de 4076 personnes atteintes du COVID-19 en soins intensifs. Dans 133 cas (3%), une pneumonie communautaire avait déjà été diagnostiquée au moment de l'admission, au sens d'une co-infection. Outre des résultats cliniques et d'imagerie, au moins un pathogène respiratoire devait être mis en évidence dans le sang, les crachats ou les sécrétions trachéales et/ou un antigène urinaire positif pour les pneumocoques ou les légionelles devait être présent. Dans le collectif avec pneumonie, la CRP à l'admission était en moyenne de 163 mg/l et la PCT de 0,26 ng/ml, dans celui sans co-infection, respectivement de 131 mg/l et 0,19 ng/ml. La différence entre les valeurs moyennes élevées dans les deux groupes était modeste, l'«overlap» et la variance étaient considérables. Ces valeurs, seules ou combinées, ne sont donc utilisables ni pour le «rule-in» ni pour le «rule-out» d'une co-infection chez les sujets atteints de COVID-19. Selon les auteurs les valeurs devraient toujours être interprétées dans un contexte clinique plus large. Une limitation pertinente: la prévalence des co-infections dans cette étude était très faible (3%). Compte tenu de la difficulté d'identifier le pathogène chez de nombreux individus atteints de pneumonie, il est possible que le nombre de cas non identifiés soit élevé.

Une deuxième étude rétrospective [2] a évalué la pertinence de la PCT et des hémocultures positives: des hémocultures ont été prélevées chez 739 130 personnes (dans 65 hôpitaux!) à leur admission à l'hôpital, et la PCT a été mesurée simultanément chez 10% d'entre eux. Avec une valeur seuil de $\geq 0,5$ ng/ml pour prédire une bactériémie, la sensibilité (68,2%) et la spécificité (65,6%) se situaient dans une fourchette sans utilité diagnostique. Mais des différences considérables ont été observées en fonction de la sévérité et du pathogène. En cas de PCT faible ($< 0,1$ ng/ml), la valeur prédictive négative pour la présence d'une bactériémie était de près de 95%. Des conséquences cliniques n'en ont cependant pas été tirées: le taux d'antibiothérapies empiriques en cas de PCT «positive» et «négative» était quasi identique.

1 Intensive Care Med. 2023, doi.org/10.1007/s00134-023-07161-1.

2 Crit Care Med. 2023, doi.org/10.1097/CCM.0000000000005968.
Rédigé le 15.8.23_HU

Embolie pulmonaire



Dr. med. B. Feil, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, Stadtspital Zurich

Angiographie pulmonaire par tomographie à densité axiale: Embolie pulmonaire centrale avec thrombus à cheval sur la bifurcation du tronc pulmonaire.

Thrombolyse en cas de risque intermédiaire?

Dans le cadre d'une prise de décision clinique, la vignette suivante a été présentée: une patiente de 33 ans sans antécédents médicaux pertinents se présente avec un gonflement de la jambe droite et une dyspnée aiguë. Pression artérielle 116/80 mm Hg, pouls 122/min, fréquence respiratoire 26/min, saturation en oxygène en air ambiant 92%. L'électrocardiogramme montre une tachycardie sinusale, les biomarqueurs cardiaques (troponine, peptide natriurétique) sont élevés. Une angio-tomographie thoracique révèle un thrombus à cheval sur la bifurcation pulmonaire, une échocardiographie montre une dilatation modérée du ventricule droit. Avec ces signes de dysfonctionnement du ventricule droit, cette jeune patiente présente un risque faible mais pertinent de détérioration cardiopulmonaire.

Il a été demandé aux lecteurs s'ils opteraient pour une thrombolyse en plus de l'héparinothérapie ou pour une héparinothérapie parentérale isolée dans ce cas de figure.

Le sujet est controversé – deux experts ont discuté des deux options [1]. Toutefois, les données présentées plaident surtout, à mon avis, en faveur de l'héparinothérapie seule: des études plus anciennes ont certes montré que la résistance vasculaire pulmonaire et les défauts de perfusion se normalisent plus rapidement sous thrombolyse, mais ces différences s'estompent au bout de quelques jours. Deux grandes études contrôlées ont montré qu'un traitement par lyse chez les patientes et patients hémodynamiquement stables souffrant d'un dysfonctionnement du ventricule droit ne procure pas d'avantage en termes de survie. Les décompensations hémodynamiques étaient certes plus rares sous traitement par lyse (1,6 vs. 5%), mais les décès consécutifs à la décompensation étaient rares dans les deux groupes (0,2 vs. 0,6%). À l'inverse, le risque d'événements hémorragiques pertinents était plusieurs fois plus élevé dans le groupe fibrinolyse, en particulier le risque d'accident vasculaire cérébral hémorragique, ce dernier ayant été observé exclusivement dans le groupe des > 65 ans. Les lignes directrices actuelles ne préconisent pas de traitement par lyse en cas de risque intermédiaire.

Fait intéressant: lors d'un vote en ligne (3852 participantes et participants), 54% des personnes se sont prononcées en faveur d'un traitement par lyse et 45% contre. Même si les données actuellement disponibles vont plutôt à l'encontre de cette option, il est souvent difficile dans la pratique clinique quotidienne de renoncer à une option thérapeutique supplémentaire.