

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Durée optimale des antibiotiques

Bactériémie à Gram négatif et neutropénie

Cette étude de cohorte a porté sur des individus immunodéprimés présentant une neutropénie et une bactériémie à Gram négatif (avant tout *Escherichia coli* > *Pseudomonas aeruginosa* > klebsiellles). Des antibiotiques intraveineux ont principalement été administrés, le plus souvent du céfépime ou un carbapénème. Rétrospectivement, trois groupes de traitement ont été distingués: antibiothérapie de courte durée (<10 jours), de durée intermédiaire (11–14 jours) et de longue durée (>14 jours). Aucune différence significative n'a été constatée pour le critère d'évaluation composite associant la mortalité et la rechute microbiologique, même lorsque la différenciation était faite en fonction de la durée et de la sévérité de la neutropénie ou en fonction du type d'immunosuppression. Conclusion des auteurs: en principe, une antibiothérapie de courte durée est également sûre et efficace dans ce contexte.

Transpl Infect Dis. 2023, doi.org/10.1111/tid.14085.
Rédigé le 25.8.23_HU

Exacerbation de la BPCO...

...et prévalence des TEV

Chez >1500 patientes et patients qui ont dû être hospitalisés en raison d'une exacerbation aiguë de la bronchopneumopathie chronique obstructive (EABPCO), la présence d'une thromboembolie veineuse (TEV) a été systématiquement exclue par tomographie et échographie duplex. Les résultats confirment en premier lieu les données d'études antérieures: la prévalence de la TEV dans ce collectif de patientes et patients est élevée (24,5%) et s'accompagne d'un moins bon pronostic (mortalité à 1 an 12,9 vs. 4,5%). L'absence d'expectorations purulentes semble être le facteur de risque le plus utile sur le plan clinique parmi les nombreux facteurs de risque identifiés: si aucun élément n'indique un déclencheur inflammatoire de l'EABPCO, il convient d'exclure la présence d'une embolie pulmonaire.

Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2023, doi.org/10.2147/COPD.S410954.
Rédigé le 24.8.23_HU

Vintage Corner

Diagnostic de l'anémie: indice de Mentzer

La carence en fer et la thalassémie sont des diagnostics différentiels fréquents en cas d'anémie microcytaire hypochrome. Dans le quotidien clinique, l'indice de Mentzer peut s'avérer utile dans ce contexte – «with the virtues of simplicity and ease of recall». L'auteur éponyme a analysé les indices érythrocytaires de 103 patientes et patients avec anémie modérée (hémoglobine >9 g/dl): 50 avec thalassémie, 53 avec anémie ferriprive. Le quotient volume globulaire moyen (VGM) / nombre d'érythrocytes a permis une différenciation correcte dans 87 cas. Les valeurs <13 indiquaient une prédominance de petites cellules (microcytes) et étaient donc suggestives de la présence d'une thalassémie, alors que les valeurs >13 étaient en faveur d'une carence en fer. Les cas avec présence concomitante des deux pathologies ou d'entités supplémentaires (par ex. grossesse, hémolyse) n'étaient pas concluants.

Lancet. 1973, doi.org/10.1016/s0140-6736(73)91446-3.
Rédigé le 22.8.23_HU

CME

Hypoglycémie réfractaire en cas de tumeur

- Les diagnostics différentiels suivants entrent en premier lieu en ligne de compte dans le contexte de l'hypoglycémie et du cancer: tumeur productrice d'insuline, effet indésirable du traitement anticancéreux ou syndrome paranéoplasique.
- Chez les patientes et patients cancéreux également, les causes sans lien direct avec la tumeur maligne doivent être prises en considération: administration accidentelle d'insuline, sepsis, insuffisance hépatique et insuffisance corticosurrénale.
- Afin de clarifier l'hypoglycémie, il convient de déterminer le taux d'insuline, de peptide C et de corps cétoniques (β-hydroxybutyrate): en cas de taux d'insuline élevé, le taux de peptide C permet de faire la distinction entre une production d'insuline endogène («insulinome», peptide C élevé) et une administration d'insuline exogène; si le taux d'insuline est bas, il s'agit d'une hypoglycémie non insulino-dépendante.

- Parmi les effets indésirables du traitement anticancéreux, il faut citer en premier lieu la production d'anticorps anti-insuline induite par les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires.
- Une paranéoplasie rare à prendre en considération est le «syndrome de Doege-Potter» (SDP). Il se traduit par une production excessive d'«insulin-like growth factor» (IGF)-II, un facteur de croissance semblable à l'insuline, par une tumeur

solide. Ce phénomène est principalement observé chez les patientes et patients atteints de tumeurs fibreuses solitaires de la plèvre et du péritoine.

- La pose du diagnostic de SDP repose sur la détermination de l'IGF-II et de l'IGF-I. Comme les valeurs d'IGF-II sont souvent dans la norme, le quotient IGF-II:IGF-I est déterminant. Des valeurs de >3:1 sont suggestives, tandis que des valeurs de >10:1 permettent de diagnostiquer un SDP.
- Le traitement définitif est chirurgical, consistant en l'ablation de la tumeur productrice d'IGF-II. Si une résection n'est pas possible, le contrôle symptomatique avec des apports réguliers en glucides et des glucocorticoïdes systémiques est au premier plan.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMcpc2300899.
Rédigé le 22.8.23_HU

Diverticulite

Imagerie, antibiotiques, coloscopie, chirurgie

La vignette de cas d'un homme de 62 ans souffrant de diverticulite récidivante a été présentée à deux gastroentérologues expérimentés, qui ont pris position sur des questions importantes à ce sujet.

La diverticulite est une maladie inflammatoire/infectieuse des diverticules coliques, dont la fréquence augmente avec l'âge. Symptômes classiques: douleurs abdominales basses du côté gauche, avec fièvre et irrégularités des selles. Complications: formation d'abcès, perforation et sténose de la lumière colique.

Comment poser le diagnostic? Même en cas de symptômes typiques, les deux spécialistes ont conseillé, pour le premier épisode, de confirmer le diagnostic par tomodensitométrie. Pour les récidives, ils n'étaient pas d'accord quant à la nécessité d'un nouvel examen d'imagerie. Il est intéressant de noter que l'échographie n'a pas été mentionnée comme modalité diagnostique. En Suisse, elle occupe probablement la première place en raison de sa disponibilité et de l'absence d'exposition aux rayonnements.

Des antibiotiques doivent-ils en principe être utilisés pour le traitement? Les deux gastroentérologues ont souligné qu'il existe suffisamment de données pour renoncer aux antibiotiques en cas de diverticulite non compliquée dont le diagnostic a été confirmé. Il est recommandé de se concerter avec la patiente / le patient et de procéder à un contrôle de suivi rapproché.

Faut-il procéder à une coloscopie après une diverticulite? La probabilité de découvrir un cancer du côlon après une diverticulite non compliquée est de 1,3%. Les deux experts s'accordaient donc à dire qu'une coloscopie de routine n'est pas indiquée après une évolution non compliquée. Il est différent en cas d'évolution compliquée, où la probabilité de cancer est de 7,9%.

Quand la chirurgie est-elle indiquée en cas de diverticulite récidivante? Le dogme selon lequel il faut procéder à la chirurgie après ≥ 2 récidives n'est plus valable. Des études observationnelles à long terme n'ont révélé aucun avantage lié à l'intervention. Ce point de vue a été remis en question par les deux experts. La probabilité de récurrence l'année suivante augmente avec chaque nouvelle poussée – 1^{ère} poussée: 8%, 2^e poussée: 19%, 3^e poussée: 24%. Dans les études randomisées, la qualité de vie était meilleure après la chirurgie en cas d'évolution récidivante.

À retenir: imagerie lors de la 1^{ère} poussée, pas d'antibiotiques en cas d'évolution non compliquée, pas de coloscopie de routine ensuite, envisager une opération en cas d'évolution récidivante.

Ann Intern Med. 2023; doi.org/10.7326/M23-0669.
Rédigé le 28.8.23_MK

Allergie à la pénicilline



Exanthème maculo-papuleux du tronc dans le cadre d'une allergie à la pénicilline (de: Jörg L, et al. Allergie à la pénicilline. Forum Med Suisse. 2017;17(10):236–40).

© EMH Éditions médicales suisses SA, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Désétiquetage par le médecin de famille?

Chez la majorité des patientes et patients souffrant d'une «allergie à la pénicilline», le test ne révèle aucune allergie. Cela donne à réfléchir, car l'«étiquette allergie» exclut inutilement l'utilisation de nombreuses pénicillines et éventuellement aussi de céphalosporines. Il est estimé qu'une véritable allergie ne peut être prouvée que dans 5% des cas au maximum. Cette preuve est obtenue par des tests cutanés dont la réalisation et l'interprétation sont réservées aux médecins spécialistes.

Dans une étude randomisée, 377 personnes ayant signalé une allergie à la pénicilline ont été comparées dans deux groupes: dans le groupe d'intervention, 187 personnes ont reçu 250 ou 500 mg d'amoxicilline par voie orale et ont été observées pendant 1–2 heures. Un test cutané suivi d'un test oral a été effectué initialement chez 190 personnes du groupe contrôle. Une personne de chaque groupe a développé une légère éruption cutanée en l'espace d'une heure. Au Jour 5, 9 personnes du groupe d'intervention et 10 du groupe contrôle ont signalé de légers effets indésirables immunologiques. Personne n'a présenté de complication grave nécessitant de l'adrénaline et/ou un traitement d'urgence.

Cette étude rompt une lance en faveur d'un test d'allergie ambulatoire simple, qui pourrait également être effectué par le médecin de famille. Il convient toutefois de noter que seuls les patients et patientes qui avaient signalé une réaction légère ou dont l'événement allergique remontait à plus de cinq ans et qui n'avaient pas eu besoin de traitement lors de la réaction ont été inclus dans le groupe d'intervention.¹ De plus, le nombre de personnes étudiées semble encore un peu faible. D'autres études seraient souhaitables pour conforter cette démarche.

1 Score PEN-FAST < 3 sur 5:
2 points pour un événement allergique remontant à ≤ 5 ans
2 points pour un événement allergique avec anaphylaxie/angioedème/réaction cutanée sévère
1 point pour un événement allergique ayant nécessité un traitement

JAMA Intern Med. 2023, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.2986.
Rédigé le 28.8.23_MK