

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Prévention primaire par Aspirine®

Risque d'hémorragies gastro-intestinales

Près de la moitié de la population américaine ≥ 70 ans prend de l'acide acétylsalicylique (Aspirine®) en prévention primaire (ppASA). Avec des conséquences gastro-intestinales (GI) considérables! Entre 2016 et 2020, les urgences dues à des hémorragies GI hautes causées par le ppASA ont augmenté d'environ 30%: chez les femmes et chez les hommes, de manière particulièrement marquée dans la cohorte des ≥ 65 ans. Le ppASA a augmenté le risque de transfusions érythrocytaires (odds ratio [OR] 1,15), d'endoscopies d'urgence (OR 1,21) ou d'hospitalisation (OR 1,41), avec les coûts qui en découlent. Un ulcère ou une gastrite en étaient le plus souvent la cause, ces deux entités ayant aussi augmenté de manière significative au cours de la période d'observation. Une raison de plus pour déprescrire le ppASA!

Am J Med. 2023.
doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.08.010.
Rédigé le 12.9.23_HU

Inhibiteurs de checkpoint immunitaire

Effets indésirables cutanés: signum bonum?

Indépendamment de leur effet dans le traitement des tumeurs, les inhibiteurs de checkpoint immunitaire peuvent entraîner une activation immunologique – dans n'importe quel système d'organe, à n'importe quel moment. Les effets indésirables (EI) immunomédiés cutanés constituent le plus grand groupe de ces effets immunologiques «toxiques»: exanthème, réaction lichénoïde, dermatite, psoriasis, maladie bulleuse – le plus souvent vitiligo. Une méta-analyse (23 études, 22 749 personnes) a révélé que les patientes et patients cancéreux qui développent un EI immunomédié cutané sous traitement par ICI présentent une survie significativement plus longue et un allongement de l'intervalle sans progression. L'apparition d'un EI est-elle pour une fois un bon signe?

JAMA Dermatol. 2023.
doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.3003.
Rédigé le 12.9.23_HU

Vintage Corner

Pancréatite chronique: hémorragie occulte?

... Une wirsungorrhagie (haemosuccus pancreaticus)! Voilà un diagnostic rare – dans cette cohorte prospective à long terme de malades souffrant de pancréatite chronique, elle a été diagnostiquée dans <1% des cas –, mais potentiellement fatal! Sur le plan étiologique, il se produit une érosion d'une artère péri-pancréatique par un pseudokyste pancréatique ou la formation d'un anévrisme avec fistulisation consécutive dans le canal pancréatique. Le diagnostic de la wirsungorrhagie n'est pas seulement un défi en raison de sa rareté: les douleurs épigastriques et les stigmates hémorragiques (hématémèse, méléna) sont des signes cliniques facultatifs, et des cas avec anémie ferriprive isolée ont également été décrits. Comme l'hémorragie est intermittente, l'examen endoscopique peut être normal dans l'intervalle.

Am J Gastroenterol. 1995, PMID: 7572914
Rédigé le 13.9.23_HU

CME

Prophylaxie de la pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*

- *Pneumocystis jirovecii* (Pj) est un champignon opportuniste qui provoque des pneumonies sévères – fièvre, toux non productive, dyspnée – et des troubles marqués de l'oxygénation chez les personnes immunodéprimées. La discordance entre les opacités en verre dépoli bilatérales diffuses à la radiologie et l'auscultation pulmonaire sans particularité est caractéristique.
- Une prophylaxie antibiotique prévient dans une large mesure une infection. Elle est recommandée dans les indications suivantes: VIH/SIDA (en cas de nombre

de lymphocytes CD4 <200/ μ l), leucémie lymphoblastique aiguë, transplantation allogénique de cellules souches, transplantation d'organes solides.

- Les patientes et patients sous corticothérapie systémique (≥ 20 mg/jour de prednisone, ≥ 1 mois) devraient également recevoir une prophylaxie, en particulier s'il existe un facteur supplémentaire d'immunosuppression (affection tumorale, double immunosuppression médicamenteuse).
- Un traitement par immunomodulateurs (par exemple inhibiteurs de points de contrôle immunitaire, inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale, anticorps anti-CD20) n'est pas en soi une indication pour une prophylaxie de la pneumonie à Pj. Une telle prophylaxie devrait toutefois être envisagée en présence d'autres facteurs de risque (corticothérapie, lymphopénie).

- Le triméthoprime/sulfaméthoxazole (Bactrim®) est le premier choix pour la prophylaxie de la pneumonie à Pj. En cas de fonction rénale normale, il convient d'administrer 1 comprimé (800/160 mg) 3x/semaine ou ½ comprimé chaque jour. Les effets indésirables les plus fréquents sont les nausées et l'exanthème, ainsi qu'une augmentation de la créatinine et du potassium dans les analyses de laboratoire.
- L'antipaludique atovaquone (1500 mg/jour) constitue une alternative valable en cas d'intolérance sévère (allergie, syndrome de Stevens-Johnson).
- La durée de la prophylaxie dépend du statut de l'immunosuppression. Tant qu'il existe un risque pertinent (voir ci-dessus), une prophylaxie de la pneumonie à Pj devrait être mise en œuvre.

JAMA. 2023, doi.org/10.1001/jama.2023.9844.
Rédigé le 13.9.23_HU

Les chef.fe.s de clinique

Des piliers fondamentaux de l'hôpital

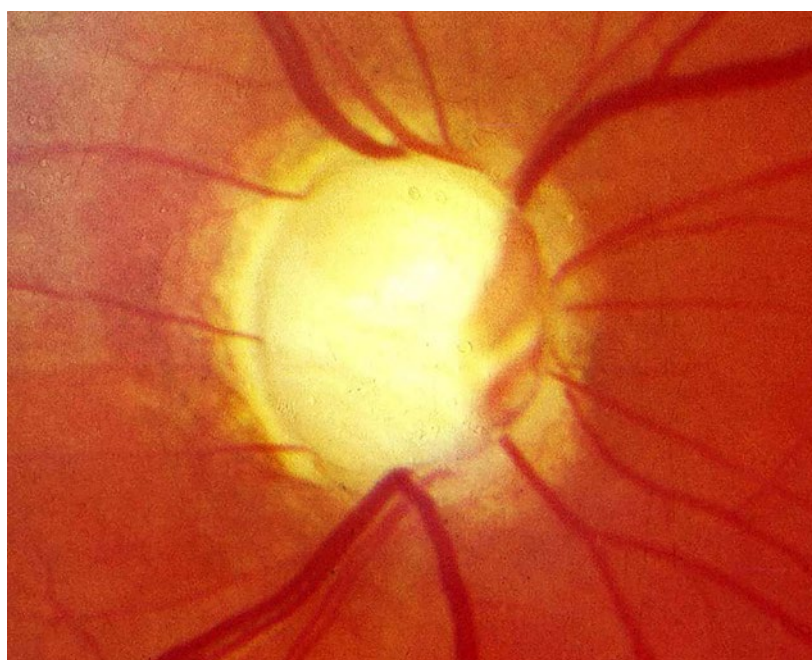
L'importance et l'avenir des chef.fe.s de clinique (CC) dans la Suisse ont été analysés. Ce ne sont pas simplement de bons médecins-assistant.e.s (MA) avec de solides connaissances dans leur domaine de spécialité et qui ont été promus. Au niveau supérieur, de nouvelles qualités sont attendues: responsabilité dans la gestion des patient.e.s (PP), assurance dans la communication, goût pour la supervision, gestion d'équipe, enseignement et planification. De nouveaux points de contact se créent avec les MA/étudiant.e.s, les médecins-chef.fe.s et les médecins adjoint.e.s, le personnel soignant et de nombreux autres domaines de spécialité. La nouvelle fonction est variée, passionnante, instructive et stimulante. Pourtant, il y a une pénurie de relève chez les CC en Suisse – pourquoi? Le surmenage, les gardes, le manque de possibilités de travail à temps partiel et de perspectives de carrière, le manque d'estime font que les postes de CC sont délaissés après quelques années. Ils sont souvent repourvus abruptement et sans préparation adéquate.

Les CC sont des personnages clés dans les cliniques. Ils garantissent la qualité de la prise en charge des PP et de la promotion de la relève. Une équipe de CC stable et expérimentée est l'un des piliers fondamentaux, voire le pilier fondamental, de toute institution. Que faire pour rendre ce poste plus attrayant et combler les lacunes? 1. Meilleure préparation au nouveau poste: définition des tâches/compétences avant l'entrée en fonction, formation au leadership, à l'enseignement (par ex. cours de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue [ISFM]), et à la communication; 2. feedback régulier: discussions, corrections, mais aussi reconnaissance par les supérieur.e.s; 3. création de perspectives: planifier et assurer l'achèvement de la formation postgraduée et l'obtention du diplôme de spécialiste, montrer les possibilités d'avancement universitaire et/ou interne, les rendre possibles et les accompagner; 4. rémunération appropriée comparable à celle d'une activité en cabinet médical; 5. garantir le travail à temps partiel et le partage de poste aussi dans les cliniques stationnaires; 6. modèles de travail avec rotations, horaires de bureau réservés, compensations planifiées.

Conclusion: Pour assurer l'avenir des CC en tant que personnages clés et pour répondre aux besoins de la prochaine génération, il faut plus de ressources temporelles et financières de la part des supérieur.e.s et des institutions.

Forum Med Suisse. 2023.
doi.org/10.4414/fms.2023.09469.
Révisé le 18.9.2023_MK

Antagonistes calciques



Excavation papillaire en cas de glaucome avancé.

Snoop. CC BY-SA 3.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>, via Wikimedia Commons

Facteur de risque de glaucome?

Le glaucome est un terme générique désignant les lésions progressives du nerf optique, qui sont souvent – mais pas toujours – causées par une pression intraoculaire élevée. Les facteurs de risque de glaucome sont l'âge, l'hypertension, le diabète sucré et la myopie. Il est déjà supposé depuis longtemps qu'il existe également un lien de cause à effet entre les antagonistes calciques et le glaucome.

Une grande étude transversale menée en Angleterre auprès de 427 480 personnes vient encore conforter cette supposition. Des données sur le statut du glaucome étaient disponibles pour toutes les personnes. Des données d'examen supplémentaires, notamment la pression intraoculaire et l'épaisseur de la couche rétinienne basée sur la tomographie par cohérence optique (OCT), étaient disponibles pour respectivement 97 100 et 41 023 personnes. Par ailleurs, 114 311 personnes étaient traitées pour une hypertension artérielle, dont environ un tiers avec des antagonistes calciques. Après ajustement pour les paramètres sociodémographiques, médicaux, anthropométriques et de style de vie, le risque de glaucome sous différents antihypertenseurs a été calculé. Le risque était augmenté de 39% sous antagonistes calciques, contrairement à d'autres antihypertenseurs (diurétiques, inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone, bêtabloquants), pour lesquels aucune association n'a pu être démontrée. L'évaluation des examens complémentaires a permis de conclure que le mécanisme pathogénique n'implique pas une pression intraoculaire accrue, mais une neurodégénérescence de la rétine, qui se présente sous la forme d'un amincissement de la couche rétinienne à l'OCT.

Malgré cette association impressionnante, la preuve du lien de causalité fait toujours défaut. De nombreux détails tels que l'efficacité du contrôle de la pression artérielle ou les hypotensions nocturnes, qui pourraient compromettre la circulation sanguine rétinienne, n'ont pas été pris en compte dans l'étude.

Les antagonistes calciques sont des antihypertenseurs efficaces, bien tolérés et bien établis. En l'état actuel des connaissances, il serait infondé et prématuré de les interrompre chez les patientes et patients atteints de glaucome. L'abaissement de la pression intraoculaire reste la mesure la plus décisive pour prévenir les lésions rétinienues dans le glaucome.

JAMA Ophthalmol. 2023. doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2023.3877.
Révisé le 22.9.23_MK