

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Pyurie et infection urinaire

Valeur diagnostique prédictive

Une infection urinaire peut être difficile à diagnostiquer, surtout chez les femmes âgées avec troubles cognitifs, incontinence et présence fréquente d'une bactériurie asymptomatique. Une étude cas-témoins a analysé la valeur prédictive des leucocytes dans l'urine chez des patientes avec symptômes nouvellement apparus (pollakiurie, miction impérieuse, dysurie) et uropathogène identifié par culture: ces patientes avaient un nombre de leucocytes significativement plus élevé que les contrôles asymptomatiques (900 vs. 26/μl en mesure automatique). L'ampleur quantitative de la leucocyturie est décisive pour le diagnostic: le rapport de vraisemblance positif pour un seuil de 10 cellules/μl était de 1,6 – à 400 cellules/μl, il s'est amélioré pour atteindre 9,5!

Clin Infect Dis. 2023, doi.org/10.1093/cid/ciad099.
Rédigé le 15.10.23_HU

Fibrillation auriculaire transitoire

Taux de récurrence élevé de 30%

Un tiers des personnes chez qui une fibrillation auriculaire (FA) survient pour la première fois dans le cadre d'une hospitalisation (c.-à-d. qu'elles quittent l'hôpital en rythme sinusal) présentent une récurrence dans l'année qui suit. Dans une étude de cohorte (139 patientes/patients, 139 contrôles, âge moyen 71 ans, 59% d'hommes), une récurrence de la FA a été documentée chez 33 vs. 5% des contrôles (risque relatif 6,6). Les personnes chez qui une FA est détectée pour la première fois lors d'une hospitalisation ont apparemment un seuil plus bas pour d'autres épisodes ultérieurs. Cela justifie-t-il déjà une anticoagulation? Toujours est-il que le score CHADS-VASC moyen était de 3. Une étude randomisée est en cours à ce sujet.

Ann Intern Med. 2023, doi.org/10.7326/M23-1411.
Rédigé le 15.10.23_HU

Vintage Corner

BPCO et hippocratismes digital: cancer!

La prévalence de l'hippocratismes digital (HD) – défini comme un rapport entre le diamètre distal et le diamètre interphalangien >1,05 – a été évaluée chez 109 personnes ayant un cancer du poumon, 55 sujets atteints de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) et 54 contrôles. Aucun HD n'a été constaté dans le groupe contrôle. Au total, trois sujets atteints de BPCO et 30 ayant un cancer du poumon présentaient un HD. Il n'y avait pas de différences significatives de prévalence entre les différents sous-types de cancer. Important: L'absence d'HD n'exclut pas un cancer du poumon. L'HD dans le cadre d'une BPCO est atypique et nécessite l'exclusion d'une tumeur: le rapport de vraisemblance pour un cancer du poumon est augmenté en cas d'HD (3,9).

Clin Exp Rheumatol. 1998, PMID: 9543557.
Rédigé le 16.10.23_HU

CME

Analyses de laboratoire dans le diabète

Il y a divers tests de laboratoire pour le diagnostic / la prise en charge du diabète sucré (DM). Un comité d'experts a compilé les principales recommandations:

- **Dépistage** (si risque élevé de DM): HbA_{1c}, glycémie à jeun ou test de tolérance au glucose oral. En cas de valeurs normales (<5,7%, <5,6 mmol/l ou <7,8 mmol/l), répétition tous les 3 ans.
- **Glucose**: Le suivi de l'évolution (adaptation du traitement) ne se fait pas par la mesure du glucose plasmatique. Le glucose urinaire n'a pas sa place dans le diagnostic de routine.

- **Mesure continue du glucose**: À envisager en premier lieu lors d'un DM de type 1 en cas d'objectifs glycémiques non atteints ou d'épisodes d'hypoglycémie fréquents.
- **DM gestationnel**: Un dépistage doit être réalisé chez toutes les femmes enceintes – en cas de facteurs de risque correspondants, lors de la première visite prénatale; pour toutes les autres, entre la Semaine 24 et 28.
- **Corps cétoniques** (β-hydroxybutyrate dans le sang): Mesure en présence de facteurs de risque (type 1, antécédents d'acidocétose diabétique, inhibiteurs du SGLT2) et d'hyperglycémies inexpliquées ou de cétose symptomatique (douleurs abdominales, nausées).
- **HbA_{1c}**: Des valeurs ≥6,5% sont diagnostiques (5,7–6,4%: pré-DM); contrôles tous

les 3 mois jusqu'à l'atteinte des valeurs cibles individuelles, puis au moins tous les 6 mois. Attention aux facteurs perturbateurs (renouvellement érythrocytaire, hémoglobinopathie). Objectif thérapeutique: <7,0%, valeurs plus élevées chez les enfants/adolescent(e)s/personnes gérontiques.

- **Anticorps anti-cellules d'îlots**: En cas de classification incertaine du DM avec chevauchement phénotypique des types 1 et 2.
- **Albumine urinaire**: Annuellement au moyen du quotient albumine/créatinine dans l'urine ponctuelle (1^{ère} urine du matin), début 5 ans après le diagnostic pour le type 1 et immédiatement pour le type 2.

Diabetes Care. 2023, doi.org/10.2337/dci23-0048.
Rédigé le 15.10.23_HU

Hépatite C pendant la grossesse

Transmission verticale: quel risque?

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) ne justifie pas de déconseiller une grossesse à une femme. Il existe toutefois un certain risque de transmission verticale (TV), de sorte qu'un traitement d'éradication du VHC est recommandé avant une grossesse. Avec les médicaments à action antivirale directe, le traitement est aujourd'hui bien toléré et très efficace.

Serait-il judicieux de traiter une infection par le VHC même pendant la grossesse afin d'éviter une transmission à l'enfant? Deux publications ont pris position à ce sujet sur la base des données de trois cohortes prospectives européennes [1, 2]. La fréquence de la TV a été analysée chez les enfants de 1749 mères avec infection chronique par le VHC [1]. Un enfant était considéré comme infecté si des anticorps anti-VHC étaient détectables après 18 mois et si deux résultats positifs d'ARN du VHC étaient mesurés pendant cette période. Chez les mères non infectées par le VIH, la fréquence d'une TV était de 7,2%, chez les mères co-infectées par le VIH de 12,1%. Si l'on tient compte du fait que >50% des enfants infectés guérissent spontanément dans les cinq ans, il en résulte un nombre nettement plus faible d'enfants infectés par le VHC. Le taux effectif corrigé de TV n'est plus que de 2,4% (au lieu de 7,2%) et de 4,1% (au lieu de 12,1%). Ce faible taux ne justifie pas un traitement anti-VHC pendant la grossesse.

D'autres données ont été collectées chez 179 nouveau-nés infectés par le VHC [2]. Le niveau d'ARN du VHC peu après la naissance a permis d'estimer le moment où la TV a eu lieu: chez 24,8% en début de grossesse, chez 66% en fin de grossesse et chez 9,2% lors de l'accouchement. Le taux de guérison spontanée est très élevé la première année, mais après trois ans, les guérisons ne sont plus qu'occasionnelles. Après cinq ans, 65,9% des enfants infectés sont guéris du VHC sans traitement. Lorsque l'on calcule le nombre de fois où des enfants auraient été traités inutilement contre le VHC, le pourcentage est de 59% pour un traitement à l'âge de six mois, de 40% à l'âge de 18 mois et de 21% à l'âge de trois ans. Un traitement anti-VHC des enfants infectés par le VHC n'est donc guère justifié avant leur troisième anniversaire.

1 Clin Infect Dis. 2023, doi.org/10.1093/cid/ciac270.

2 Clin Infect Dis. 2023, doi.org/10.1093/cid/ciac255.

Rédigé le 18.10.23_MK

Surprise



© Hellerhoff, CC BY-SA 4.0, via Wikimedia Commons

Tendinite calcifiante de l'épaule avec forts dépôts grumeleux dans la zone d'insertion du tendon du supra-épineux.

Tendinite calcifiante de l'épaule

La tendinite calcifiante de l'épaule (TCE) est une maladie douloureuse caractérisée par des dépôts d'hydroxyapatite de calcium dans les tendons de la coiffe des rotateurs. Au stade initial, l'application de froid, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et la physiothérapie soulagent la douleur. L'évolution est auto-limitante, parfois même avec une résorption spontanée des dépôts calcaires. Il arrive cependant que l'évolution soit lente et chronique. Les traitements intra-articulaires, les ondes de choc extracorporelles et/ou les méthodes chirurgicales sont alors privilégiées. Le traitement intra-articulaire favori est la ponction échoguidée des dépôts calcaires, suivie d'un lavage articulaire au sérum physiologique jusqu'à ce que le liquide de rinçage soit clair. Enfin, un corticoïde est injecté en intra-articulaire (i.a.). L'intervention se déroule en ambulatoire.

Une étude norvégienne a évalué chez 220 patientes et patients si le lavage des dépôts calcaires et les corticoïdes i.a. avaient un effet thérapeutique. Trois groupes ont été constitués. Dans le premier groupe (n = 73), les deux étapes ont eu lieu: lavage, puis 20 mg de triamcinolone + 90 mg de lidocaïne i.a. Dans le deuxième (n = 74), un pseudo-lavage a été effectué (= lavage factice), suivi de 20 mg de triamcinolone + 90 mg de lidocaïne i.a. Dans le troisième groupe «non interventionnel» (n = 73), seule la lidocaïne i.a. a été injectée après le lavage factice. Après quatre mois, les résultats ont été comparés à l'aide du Oxford Shoulder Score, du test QuickDASH et d'échelles de douleur la nuit, le jour et durant l'activité. Par rapport au groupe «non interventionnel», ni le groupe lavage/corticoïde ni le groupe lavage factice/corticoïde n'ont montré de différences significatives. Les résultats, encore évalués à 8, 12 et 24 mois, n'ont montré aucun avantage des interventions.

Il est surprenant que ni le lavage + injection de corticoïde ni le lavage factice + injection de corticoïde ne soient meilleurs que le lavage factice. Des résultats positifs avaient précédemment été rapportés pour les deux interventions, mais sans qu'il y ait eu un grand nombre de cas ou des études randomisées. Cette étude devrait avoir une influence sur les lignes directrices. Il convient toutefois de noter qu'aucun groupe placebo réel n'a été inclus, dans lequel aucune manipulation intra-articulaire n'a été effectuée. L'effet placebo des procédures factices ne doit pas être sous-estimé.

BMJ. 2023, doi.org/10.1136/bmj-2023-076447.

Rédigé le 16.10.23_MK