

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Dysfonction érectile

Le jogging plutôt que les médicaments?

L'activité physique et l'entraînement aérobic ont des effets positifs sur divers paramètres chez les sujets âgés. Y a-t-il aussi des effets bénéfiques sur la fonction érectile? Une méta-analyse de onze études randomisées a comparé 636 hommes pratiquant l'exercice aérobic à 511 contrôles. Les hommes étaient âgés en moyenne de 43–69 ans et la plupart étaient en surpoids. La dysfonction érectile quantifiée par un score s'est significativement améliorée après six mois dans le groupe de sportifs par rapport au groupe contrôle. Plus la dysfonction érectile était importante, plus l'effet positif était prononcé. Il semble judicieux de recommander l'entraînement aérobic avant le traitement pharmacologique en cas de dysfonction érectile, d'âge >50 ans et de surpoids.

J Sexual Med. 2023, doi.org/10.1093/jsxmed/qdad130.
Rédigé le 1.11.23_MK

Acide bempédoïque

Une nouvelle étoile dans le ciel?

L'acide bempédoïque (AB) appartient à une nouvelle classe d'inhibiteurs oraux de la biosynthèse du cholestérol. Alors que son effet réducteur du cholestérol LDL est bien documenté, des études sur son effet sur les événements cardiovasculaires faisaient jusqu'alors défaut. Dans une étude randomisée en double aveugle, 13 970 individus ont reçu 180 mg d'AB ou un placebo. Après 41 mois, les critères d'évaluation cardiovasculaires (infarctus du myocarde + revascularisation coronaire) étaient significativement plus bas dans le groupe d'intervention. Cela ne s'appliquait pas aux accidents vasculaires cérébraux ni aux décès. Les élévations de l'acide urique et les crises de goutte étaient plus fréquentes sous AB. Les myalgies et les arrêts du traitement associés étaient similaires dans les deux groupes. L'AB semble être une alternative aux statines si ces dernières ne sont pas tolérées.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2215024.
Rédigé le 3.11.23_MK

Obstruction nasale

Septoplastie ou lavages?

En cas d'obstruction nasale avec déviation septale, une septoplastie est souvent effectuée. L'indication repose sur les symptômes et l'évaluation visuelle de la courbure du septum. Les lavages réguliers au sérum physiologique et les corticoïdes nasaux (SP+CN) sont une alternative. Qu'est-ce qui est le mieux? 378 personnes avec obstruction nasale modérée à sévère ont été randomisées 1:1 pour être traitées par septoplastie ou SP+CN. Le «Sino-Nasal Outcome Test» à six mois était significativement meilleur dans le bras septoplastie que dans le bras SP+CN (Δ 20,0). À douze mois, cette différence était moins nette (Δ 9,6). Plus la gêne était forte, meilleur était l'effet de la septoplastie. En cas d'obstruction nasale avec déviation septale, la septoplastie est un choix judicieux.

BMJ. 2023, doi.org/10.1136/bmj-2023-075445.
Rédigé le 1.11.23_MK

CME

Amnésie globale transitoire

- L'amnésie globale transitoire (AGT) est une perte de mémoire aiguë ne durant que quelques heures. Le plus souvent, les personnes sont emmenées aux urgences lorsque les symptômes sont déjà en train de régresser.
- L'incidence est de 3–8/100 000 personnes par an. Des AGT ont déjà été observées à l'adolescence, mais elles surviennent typiquement entre 50 et 70 ans.
- L'AGT débute brusquement. La personne est alerte, mais ne peut plus retenir de nouvelles informations (amnésie antérograde). Les questions stéréotypées, telles que «Comment

sommes-nous arrivés ici?», «Que s'est-il passé?», qui sont répétées de manière monotone malgré les réponses, sont typiques.

- Parallèlement, il y a une amnésie rétrograde pendant quelques heures ou jours avant le début de l'AGT. La personnalité n'est pas modifiée et les autres fonctions cognitives sont préservées. Il n'y a pas de déficits neurologiques.
- Les activités complexes restent possibles: conduire, jouer aux échecs, faire de la musique...
- Une AGT dure 2–12 heures, en moyenne 6 heures. Après l'épisode, le déficit de mémoire rétrograde se résorbe progressivement. Pour l'AGT en soi, l'amnésie antérograde persiste cependant.
- Après la résolution, de légères céphalées sont souvent signalées.

- L'imagerie par résonance magnétique ne montre qu'1–2 jours plus tard des ischémies punctiformes bilatérales dans l'hippocampe. Pour l'heure, il n'a pas été possible de les attribuer à des événements emboliques, des migraines ou une épilepsie. Il faut noter que des situations de stress physique ou émotionnel, telles que l'eau froide, les sports extrêmes, les examens médicaux ou le décès d'un proche, peuvent précéder une AGT.
- En cas de présentation typique, des examens ne sont pas indiqués.
- Le pronostic est bon, mais des récurrences surviennent dans jusqu'à 15% des cas.

N Engl J Med. 2023,
doi.org/10.1056/NEJMra2213867.
Rédigé le 4.11.23_MK

Taux de récurrence en cas de TEV

Dilemme de la durée du traitement

Après une thromboembolie veineuse (TEV), la question de la durée optimale du traitement se pose [1]. La situation semble claire lorsque des facteurs de risque majeurs sont identifiés: en présence d'un facteur de provocation transitoire – comme en cas de TEV dans le cadre d'une chirurgie majeure –, le traitement peut être interrompu après trois mois. En cas de risque persistant (par ex. thrombophilie paranéoplasique), le traitement doit être poursuivi de manière permanente.

La situation est moins claire dans la plupart des autres cas. Il faut ici soupeser le risque de récurrence et les complications: en cas de premier épisode non provoqué, le risque cumulé de récurrence est d'env. 15, 25 et 35% au cours de la deuxième, cinquième et dixième année – près de 4% de ces récurrences sont fatales. Les lignes directrices favorisent donc ici l'anticoagulation thérapeutique sans date d'arrêt définie. Cette stratégie s'accompagne en revanche d'un risque accru d'événements hémorragiques (1,7/100 personnes-années sous anti-vitamines K, 1,1 sous anticoagulants oraux directs). Une question demeure: Quand le risque de récurrence de TEV est-il suffisamment faible pour justifier l'arrêt de l'anticoagulation? Et comment identifier ces patientes et patients à faible risque?

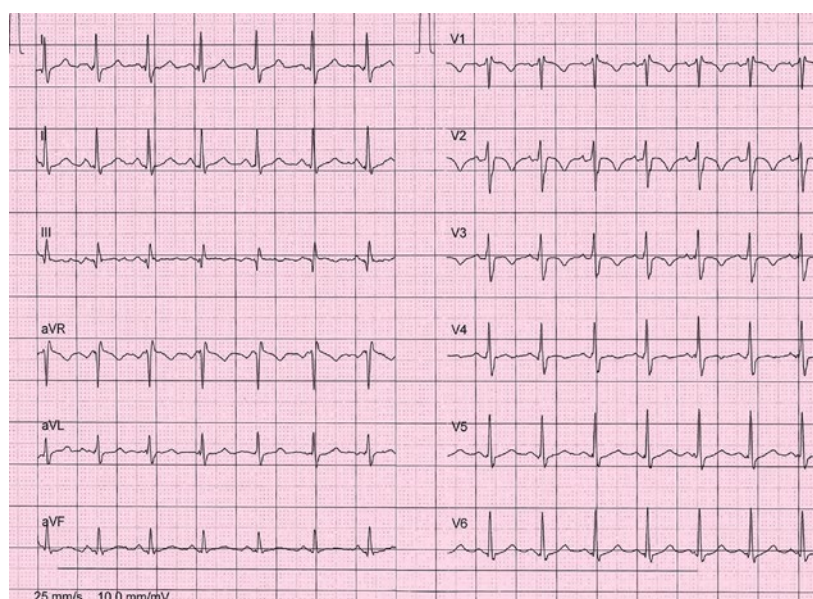
Un groupe de scientifiques a validé à cet effet le «Vienna Prediction Model» (VPM) [2]. Ce score de risque tient compte du sexe (moins de points de risque pour le sexe féminin), de la localisation (peu de points pour la thrombose veineuse distale, le maximum pour l'embolie pulmonaire) et des D-dimères (déterminés trois semaines après l'arrêt du traitement). Chez 520 personnes avec une première TEV non provoquée, l'anticoagulation a été définitivement arrêtée après six mois en présence d'un score bas: le taux de récurrence était alors de 5,2% la première année et de 11,2% la deuxième année. Le risque de récurrence était maximal pour les hommes ayant déjà eu une embolie pulmonaire. Le score de risque VPM peut donc être utile dans le cas individuel pour décider de la poursuite durable ou non de l'anticoagulation après une première TEV non provoquée. Toutefois, même si le score est bas, le risque de récurrence n'est pas négligeable...

Eur Heart J. 2023, doi.org/10.1093/eurheartj/ehad712.

Eur Heart J. 2023, doi.org/10.1093/eurheartj/ehad618.

Rédigé le 4.11.23_HU

Signes ECG



Exemple d'ECG dans le cas d'une surcharge cardiaque droite: onde S profonde en dérivation 1 et onde Q en dérivation 3, ondes T négatives en V1-3.

Aimablement mis à disposition par le Dr méd. A. Müller, cardiologie, Stadtsspital Zürich.

Aspect S1Q3T3

Dans le cadre d'une embolie pulmonaire, l'électrocardiogramme (ECG) n'a qu'une faible valeur diagnostique. La plupart des patientes et patients présentent certes des altérations à l'ECG – entre autres tachycardie sinusale, bloc de branche droit, fibrillation auriculaire –, mais ces signes ne sont pas spécifiques. C'est ce qu'illustre une présentation de cas clinique [1]: un patient de 40 ans, récemment transplanté rénal, se présente en urgence avec de la fatigue, une toux non productive et une dyspnée d'effort croissante. Il est subfébrile, sa pression artérielle est de 134/69 mm Hg, son pouls de 102/min, sa fréquence respiratoire de 20/min et sa saturation en oxygène en air ambiant de 94%. L'examen physique, les analyses de laboratoire et la radiographie thoracique ne sont pas spectaculaires. Un ECG montre un nouveau bloc de branche droit, des ondes T inversées et, par la suite, un aspect S1Q3T3 progressif avec une onde S profonde en dérivation 1, ainsi qu'une onde Q et des ondes T négatives en dérivation 3. Une embolie pulmonaire avec cœur pulmonaire est suspectée; une tomodynamométrie n'est pas réalisée par crainte d'une détérioration rénale. En raison d'une aggravation fulminante avec une activité électrique sans pouls, une thrombolyse empirique est administrée et le patient décède. L'autopsie révèle une cryptococcose pulmonaire avec obstruction vasculaire massive par des hyphes fongiques, mais aucun signe d'événement thromboembolique.

La prévalence d'un aspect S1Q3T3 associé à une embolie pulmonaire est très variable (12–50%) dans la littérature. En cas de suspicion d'embolie pulmonaire, il peut être présent que le diagnostic soit confirmé ou non par la suite. Il se rencontre aussi dans d'autres formes d'élévation de la pression pulmonaire, par ex. en cas de vasoconstriction pulmonaire hypoxique liée à des exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive ou à des pneumonies sévères. Le signe S1Q3T3 n'est donc ni spécifique ni sensible pour le diagnostic d'embolie pulmonaire, mais c'est un marqueur de substitution de dysfonction ventriculaire droite. Sa valeur pronostique est donc meilleure que la valeur diagnostique: en cas d'embolie pulmonaire confirmée et d'aspect S1Q3T3, une détérioration hémodynamique se produit plus souvent par la suite. L'aspect S1Q3T3 est aussi connu sous le nom de signe de McGinn-White, d'après ses premiers descripteurs (1935) [2].

1 JAMA Intern Med. 2023, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.3623.

2 JAMA 1935, doi.org/10.1001/jama.1935.02760170011004.

Rédigé le 4.11.23_HU