

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Angor stable

Effet de l'intervention coronarienne

Les symptômes de l'angor stable peuvent-ils être soulagés par une intervention coronarienne percutanée (ICP)? L'effet de l'ICP a été évalué chez 301 patientes et patients non traités (64±9 ans, 79% d'hommes) avec hypoperfusion myocardique avérée, randomisés 1:1 contre une intervention placebo. Après 12 semaines, les symptômes pectangineux avaient disparu chez 80% des personnes du groupe ICP, ce qui est significativement plus élevé que dans le groupe placebo (55%). Les performances et la qualité de vie étaient nettement meilleures dans le groupe ICP. Il s'agit de la première preuve contrôlée contre placebo d'un effet positif de l'ICP sur les symptômes pectangineux. Si l'ICP n'est pas une option, le traitement médicamenteux reste une alternative valable.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2310610.
Rédigé le 14.11.23_MK, sur indication du
Prof. Dr Franz Eberli, Zurich

Chikungunya

Premier vaccin autorisé

Le chikungunya est une infection virale transmise par les moustiques qui se manifeste par une forte fièvre, un exanthème et de très fortes douleurs articulaires. Ces dernières peuvent être chroniquement récurrentes. L'infection est parfois mortelle (0,3–1/1000 cas). Elle sévit surtout en Inde, en Asie du Sud-Est et en Afrique. Il n'existe pas de traitement. En novembre 2023, le premier vaccin contre le chikungunya a été autorisé aux États-Unis. Dans une étude de phase 3, 98,9% des personnes vaccinées avaient des anticorps neutralisants après 4 semaines, qui ont persisté pendant 6 mois. La vaccination était bien tolérée, quel que soit l'âge, et les effets indésirables majeurs étaient rares. Il s'agit d'un vaccin vivant atténué, administré en dose unique par voie intramusculaire.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00641-4.
Rédigé le 19.11.23_MK

Encore et toujours

Sel de cuisine et pression artérielle

Dans une étude en chassé-croisé, la pression artérielle (PA) a été comparée chez 213 personnes ayant consommé différentes quantités de sodium (Na) pendant une semaine: avec un régime diététique contenant 0,5 g de Na/jour, la PA systolique était inférieure de 6 mm Hg à celle en cas de régime normal (env. 4,5 g de Na/jour) et de 8 mm Hg à celle en cas de régime auquel 2,2 g de Na/jour ont été ajoutés (env. 6,7 g de Na/jour). La différence de PA moyenne était de 4 mm Hg entre le groupe à faible Na et le groupe à Na élevé. La particularité de cette étude était que l'effet de réduction de la PA du régime hyposodé était indépendant de l'âge, du sexe, du diabète et de l'indice de masse corporelle. Il existait aussi que les personnes soient normo- ou hypertendues ou que leur hypertension soit traitée ou non.

JAMA. 2023, doi.org/10.1001/jama.2023.23651.
Rédigé le 21.11.23_MK

CME

Prostatite chronique

- La prostatite chronique se caractérise par des douleurs pelviennes durant >3 mois. Des troubles mictionnels et dysfonctions sexuelles coexistent souvent. Elle est plus fréquente à partir de 50 ans.
- La pathogenèse n'est que partiellement élucidée. De nombreux facteurs semblent déclencher une irritation/lésion des faisceaux nerveux au niveau de la prostate, provoquant les douleurs chroniques et symptômes associés.
- Les douleurs urogénitales sont le symptôme principal: périnée, pénis, testicules, rectum, aine. Les douleurs sont accentuées par la miction ou l'éjaculation.

- Les symptômes associés incluent troubles mictionnels tels qu'impériosité, pollakiurie et nycturie, ainsi que dysfonction érectile et perte de libido. Env. 1/3 des personnes se plaignent de troubles de la défécation.
- Les symptômes psychosociaux tels que stress, dépression et anxiété ne sont pas négligeables.
- Il est primordial d'exclure d'autres diagnostics (cancer urologique, infection, troubles neurologiques de la vessie, hyperplasie bénigne de la prostate) lors de l'évaluation.
- Lors du toucher rectal, la prostate est le plus souvent douloureuse. Les muscles du plancher pelvien peuvent présenter des points douloureux.
- Une analyse urinaire permet d'exclure une infection urinaire ou une hématurie.

D'autres tests utiles sont l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le sang et l'échographie de la vessie, de la prostate et des testicules.

- Le traitement doit en principe être multimodal.
- Pour l'analgésie, le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, év. la gabapentine et les antidépresseurs tricycliques sont indiqués. Une antibiothérapie par quinolones (1–2 cycles de 4–6 semaines chacun) est recommandée, même si aucune origine bactérienne n'est connue. Autres mesures préconisées: tamsulosine, rééducation du plancher pelvien, acupuncture, psychothérapie.

BMJ. 2023, doi.org/10.1136/bmj-2023-073908.
Rédigé le 23.11.23_MK

Première psychose

Intérêt de l'imagerie crânienne

Chez les personnes se présentant avec des symptômes psychotiques aigus (par ex. hallucinations, idées délirantes, stupeur catatonique), une imagerie crânienne est généralement réalisée pour exclure une cause secondaire. Quelles sont les preuves à l'appui de cette pratique? Et quel est le rendement diagnostique («yield»), c.-à-d. le rapport entre les examens effectués et les résultats pathologiques qui ont soit une conséquence thérapeutique immédiate (par ex. accident vasculaire cérébral, hydrocéphalie, hémorragie intracérébrale), soit détectent une cause explicative des symptômes psychiatriques (altérations structurales, tumeur cérébrale)?

Une étude récente [1] sur la tomodensitométrie (TDM) a décrit un rendement de 0,0% (sic!). Bien que limitée par son plan rétrospectif et monocentrique, elle a tout de même porté sur >350 sujets sur 6 ans. De même, une méta-analyse de 16 études sur la TDM et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) lors d'une première psychose n'a trouvé une pathologie causale que dans 0,4% des cas [2].

Une méta-analyse récente [3] sur la prévalence des résultats pathologiques à l'IRM lors d'une première psychose a abouti à des chiffres bien plus élevés: 12 travaux originaux portant sur 1613 personnes au total ont été analysés. Des anomalies neuroradiologiques ont été constatées dans 26% des cas (!), le plus souvent des altérations de la substance blanche et des kystes. Pour près de 6% d'entre eux («number needed to test»: 18), il en a résulté un changement dans la prise en charge ultérieure. L'article ne fournit toutefois pas de détails cliniques concrets à ce sujet. De plus, il n'est pas clair si des symptômes non psychiatriques ont aussi été pris en compte comme indication pour une imagerie crânienne: cela suggérerait une surestimation de la prévalence des anomalies.

La conclusion? 1. La prévalence des anomalies neuroradiologiques dans le collectif des sujets avec première psychose est élevée – la majorité ne nécessitent pas d'intervention; 2. le rendement des résultats pertinents justifie une IRM en tant qu'évaluation diagnostique initiale; 3. la sensibilité de la TDM crânienne est en revanche insuffisante – il est possible de s'en passer en l'absence d'une autre indication.

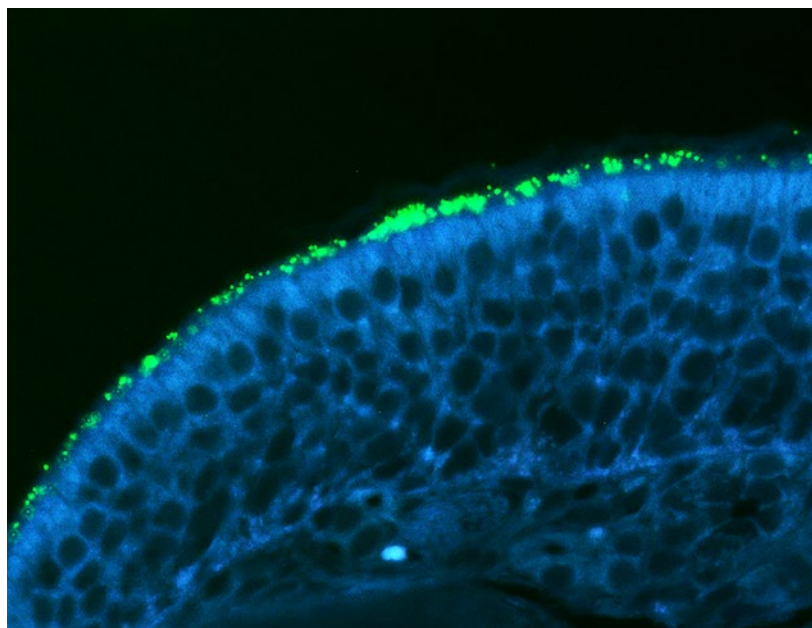
1 JAMA Intern Med. 2022, doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.2198.

2 Aust N Z J Psychiatry. 2019, doi.org/10.1177/0004867419848035.

3 JAMA Psychiatry. 2023, doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2225.

Rédigé le 16.11.23_HU

Infections respiratoires



PD Dr méd. P. Meyer Sauter, Universitäts-Kinderspital Zürich

Mycoplasmes immunofluorescents sur la muqueuse nasale d'une souris de type sauvage C57BL/6 (aimablement mis à disposition par le PD Dr méd. P. Meyer Sauter).

Retour des mycoplasmes!

Avant 2020, les mycoplasmes (*Mycoplasma pneumoniae*) étaient l'un des pathogènes les plus courants dans les infections respiratoires hautes et bronchites aiguës, et le deuxième agent pathogène bactérien le plus fréquent dans les pneumonies, après les pneumocoques. Avec la pandémie de COVID-19, l'incidence des infections à mycoplasmes a drastiquement diminué [1]. Cette tendance s'expliquait bien par les mesures de précaution (port du masque, etc.) – elle a aussi été observée pour d'autres pathogènes respiratoires. Toutefois, alors que la transmission d'autres pathogènes a réaugmenté après l'assouplissement de ces mesures, l'incidence des infections à mycoplasmes est restée faible dans le monde: selon la surveillance dans un réseau mondial (42 centres dans 23 pays d'Europe, d'Asie, d'Amérique et d'Océanie), des mycoplasmes n'ont été détectés que dans 214 des 212 207 tests effectués entre avril 2022 et mars 2023 (0,1%). Une exception parmi les pathogènes respiratoires? Oui – du moins jusque-là. En effet, depuis avril, les mycoplasmes sont aussi de retour [2]: l'incidence est passée de 0,8 à 4,1%, des cas positifs ont été rapportés surtout en Europe (la Suisse en 3^e position!) et en Asie.

Quelles sont les raisons de cette augmentation retardée des infections à mycoplasmes après la pandémie? Il est possible que ce soit les caractéristiques atypiques de ces organismes très petits et dépourvus de paroi cellulaire, entre autres une croissance lente (temps de génération de 6 heures), une longue période d'incubation (1–3 semaines) et un taux de transmission relativement bas avec la nécessité de contacts personnels étroits.

En général, les infections à mycoplasmes ont une évolution légère, ne nécessitant ni antibiotiques ni hospitalisation. Actuellement, les évolutions sévères – avec ou sans manifestations extra-pulmonaires – semblent être en augmentation. Une conséquence de la séroprévalence en baisse avec une immunité collective réduite au cours des trois dernières années? Ou simplement un effet d'échelle (plus d'infections à mycoplasmes augmentent aussi la proportion absolue de cas sévères)? On ignore aussi si l'évolution de la maladie est définie en premier lieu par l'infection bactérienne ou par des phénomènes immunitaires. Une étude suisse contrôlée contre placebo sur l'efficacité des macrolides (MYTHIC Study) est en préparation à ce sujet.

1 Lancet Microbe. 2023, doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00182-9.

2 Lancet Microbe. 2023, doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00344-0.

Rédigé le 23.11.23_HU