

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Dépistage du cancer

Dépistage: durée de vie prolongée?

Le dépistage du cancer est censé prolonger notre vie. Est-ce vraiment le cas? Dans une grande méta-analyse (18 études randomisées: dépistage versus non-dépistage, 2,1 millions de personnes), seule la sigmoïdoscopie pour la détection du cancer du côlon prolongeait la vie, mais d'à peine trois mois [1]. La mammographie, l'antigène spécifique de la prostate et la tomodensitométrie pour dépister le cancer du poumon n'allongeaient pas la durée de vie. Sans surprise, les réactions ont été vives. Dans un courrier des lecteurs [2], les résultats sont interprétés sous un autre angle: nos +3,5 années de vie au cours des 25 dernières années sont dues à la somme de nombreuses innovations médicales, dont la contribution individuelle à la vie ne représente toutefois que quelques semaines à mois. De nombreux petits pas en forment un grand... Ne pas abandonner le dépistage!

1 JAMA Intern Med. 2023, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.3798.

2 JAMA Intern Med. 2024, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.7076. Rédigé le 4.1.2024_MK

Traitement aigu de la migraine

Qu'est-ce qui est le plus efficace?

Dans cette étude en vie réelle, le journal de bord des céphalées sur application mobile de >250 000 personnes migraineuses (>3 millions de crises) a été analysé. Quelle est la classe de médicaments la plus efficace dans le traitement aigu de la migraine? En cas de crise aiguë, 66% des patientes et patients n'utilisaient qu'une seule substance, 23% en utilisaient deux et 7% en utilisaient trois. Les triptans étaient les plus efficaces, suivis des ergotamines (actuellement indisponibles en Suisse), opioïdes et anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les antiémétiques étaient majoritairement utiles. Parmi les triptans, l'élétriptan a obtenu les meilleurs résultats. Le paracétamol était le moins efficace. Les triptans sont recommandés comme traitement de premier choix de la migraine aiguë.

Neurology. 2023, doi.org/10.1212/WNL.0000000000207964. Rédigé le 4.1.2024_MK

Clinique-recherche

Double rôle en voie d'extinction

Il y a 40 ans, nos prédécesseurs incarnaient encore le triple rôle du médecin dans la clinique, l'enseignement et la recherche. La recherche compétitive a exigé toujours plus de focalisation et de temps, si bien que la compétence clinique et l'enseignement sont devenus secondaires. Dans une prise de position, O'Rahilly regrette que le double rôle clinique/recherche soit en train de s'éteindre, menaçant ainsi l'interaction chercheurs/cliniciens [1]. La curiosité scientifique est précieuse et enrichissante dans l'activité clinique. Inversement, la compréhension clinique pratique est très prisée dans les centres de recherche. Seuls 1,5% des chercheurs biomédicaux sont encore médecins [2]. O'Rahilly est convaincu de la précieuse contribution à la médecine des médecins travaillant en clinique et dans la recherche et réclame moins de barrières pour permettre le double rôle.

1 Nat Med. 2023, doi.org/10.1038/s41591-023-02626-8. 2 JAMA Netw Open. 2023, doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.32982. Rédigé le 5.1.2024_MK

CME

Hypertension résistante

- Une hypertension artérielle (HTA) peut le plus souvent être contrôlée par inhibiteur du système rénine-angiotensine + antagoniste calcique + diurétique thiazidique. Si, en consultation, la pression artérielle est $>140/90$ mm Hg malgré la prise de deux antihypertenseurs + un diurétique, il s'agit d'une HTA *résistante*.
- On distingue un sous-groupe, l'HTA *réfractaire*, où les valeurs sont encore élevées malgré la prise de cinq antihypertenseurs.
- La fréquence de l'HTA *résistante* est $<15\%$, le sous-groupe d'HTA *réfractaire* représentant $<10\%$ de ces cas.

- En cas d'HTA résistante, il faut s'assurer qu'il n'y a pas de pseudo-résistance (le plus souvent $>50\%$!) avant d'intensifier le traitement: 1. mesure correcte: 5 minutes de repos, taille correcte du brassard, ne pas parler, téléphone portable éteint, vessie vide, pas de café, de tabac ou de sport 30 minutes avant; 2. dose de médicaments trop faible: maximiser la dose; 3. éviter l'effet «blouse blanche» par des automesures; 4. assurer l'adhésion thérapeutique – facteur sous-estimé par les médecins! Amélioration par le comptage des comprimés, pilulier.
- Un excès de sel (sodium), une surcharge volémique ou/et un hyperaldostérionisme jouent un rôle physiopathologique dans la résistance.
- En plus du traitement existant, la restriction sodée et le blocage médicamenteux de l'aldostérone (spironolactone, éplérénone, finérénone) sont efficaces.
- La spironolactone est la plus efficace. La demi-vie de la spironolactone est >24 heures, celle de l'éplérénone de 4–6 et celle de la finérénone de 2–3. L'hyperkaliémie est l'effet indésirable le plus fréquent et le plus important.
- Si ces antagonistes ne sont pas efficaces, la suppression médicamenteuse du système nerveux sympathique (blocage des récepteurs α , α/β) est indiquée.

Am J Med. 2024, doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.09.015. Rédigé le 31.12.23_MK

Goutte: Traitement hypo-uricémiant

Avec ou sans prophylaxie des crises?

En situation aiguë, le traitement médicamenteux de la goutte vise à réduire l'inflammation et la douleur. La baisse de l'acide urique sérique doit en outre réduire la fréquence des crises de goutte à long terme. Le traitement hypo-uricémiant (THU) fait en général appel à l'allopurinol – une faible dose initiale de 50–100 mg/j et une augmentation mensuelle de la dose jusqu'à l'atteinte de la valeur cible (acide urique sérique $<360 \mu\text{mol/l}$) sont recommandées. L'initiation d'un THU est toutefois associée à un risque accru de crise de goutte. Deux études récentes ont examiné cette problématique:

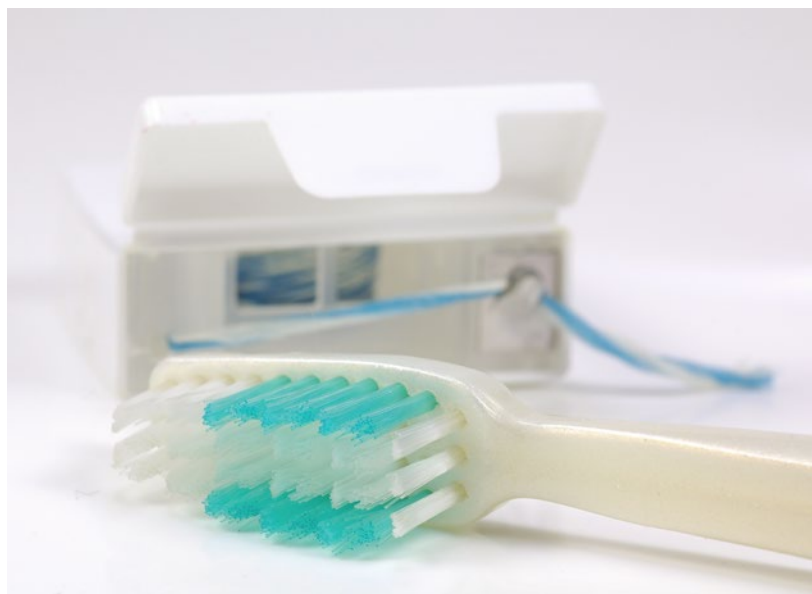
Dans une étude randomisée contrôlée, 2×100 personnes souffrant de goutte ont débuté un THU par allopurinol selon le schéma ci-dessus [1]. Un groupe de traitement a reçu de la colchicine (0,5 mg/j pendant six mois), l'autre un placebo. Dans le groupe placebo, il y a eu en moyenne 0,61 crise de goutte/mois, contre 0,35 dans le groupe colchicine. La non-infériorité du placebo par rapport à la colchicine n'a donc pas été confirmée. Après l'arrêt de la prévention, il y a eu en outre une augmentation des crises de goutte dans le groupe colchicine: après douze mois, il n'y avait plus de différence dans le nombre de crises de goutte entre les deux groupes.

La deuxième étude était une étude observationnelle rétrospective sur l'incidence des effets indésirables [2]: des patientes et patients goutteux sous THU nouvellement débuté avec et sans prophylaxie des crises concomitante ont été comparés (13945 avec / 13945 sans colchicine et 25980 avec / 25980 sans anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]). Globalement, les effets indésirables sous prophylaxie étaient rares, à l'exception de la diarrhée (colchicine) et des troubles pectangineux (AINS). Le «number needed to harm» était d'à peine 15 pour la colchicine et de 48 pour les AINS. L'étude confirme ainsi la sécurité relative d'une prophylaxie médicamenteuse de la goutte – même si, pour les AINS, des indications concrètes sur la préparation, la dose et la durée auraient été les bienvenues.

Différentes lignes directrices recommandent une prévention des crises de goutte pendant plusieurs mois lors de l'initiation d'un THU – et privilégient la colchicine comme premier choix. Les deux études soutiennent fondamentalement cette pratique.

1 Ann Rheum Dis. 2023, doi.org/10.1136/ard-2023-224731.
2 Ann Rheum Dis. 2023, doi.org/10.1136/ard-2023-224154.
Rédigé le 5.1.2024_HU

Pneumonie nosocomiale



Une bonne hygiène bucco-dentaire pendant l'hospitalisation contribue à prévenir les pneumonies nosocomiales – en particulier chez les patientes et patients ventilés.

Brossage des dents

«Pneumonia is a leading cause of death», affirmait William Osler, lui-même décédé d'un empyème après une pneumonie. Sa citation n'a rien perdu de son actualité, en particulier s'agissant de la pneumonie nosocomiale (PN): l'infection nosocomiale la plus fréquente, s'accompagnant d'une mortalité accrue, d'une hospitalisation prolongée et d'une nécessité accrue de soins intensifs, avec les coûts qui en découlent.

Une revue systématique [1] a examiné les données disponibles sur l'efficacité d'une intervention simple – le brossage des dents! – pour la prévention de la PN. Au total, 15 articles originaux portant sur 10742 patientes et patients ont été inclus: tous avec un plan d'étude contrôlé et randomisé, une mise en aveugle effective n'ayant bien sûr jamais pu être mise en œuvre pour des raisons évidentes. La grande majorité des études (14/15) ont été menées dans des unités de soins intensifs, la plupart avec des patientes et patients ventilés (13/15). Les dents ont été brossées à une fréquence de deux à quatre fois par jour, souvent avec une brosse à dents manuelle (c.-à-d. non électrique) souple.

Sur l'ensemble de la population étudiée, le brossage des dents était associé à un risque nettement plus faible de développer une PN (réduction du risque relatif, RR 0,67) – mais de manière statistiquement significative uniquement dans le groupe des patientes et patients ventilés mécaniquement (RR 0,68, contre 0,32 chez les personnes non ventilées). Il y avait en outre une association entre le brossage des dents et une mortalité plus faible en unité de soins intensifs (RR 0,81), une durée de ventilation plus courte (en moyenne -1,24 jour) et une durée de séjour plus courte en unité de soins intensifs (-1,78 jour). Aucune différence n'a été constatée dans l'utilisation d'antibiotiques – probablement parce que les personnes gravement malades en soins intensifs ont déjà d'autres indications pour une antibiothérapie. Le brossage des dents n'a pas apporté de bénéfice supplémentaire lorsqu'il était effectué plus de deux fois par jour.

Cette méta-analyse souligne l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire dans la prévention des PN. En tant que mesure isolée parmi un ensemble d'interventions efficaces [2], elle semble surtout importante chez les patientes et patients ventilés.

1 JAMA Intern Med. 2023, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.6638.
2 Lancet Infect Dis. 2023, doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00812-X.
Rédigé le 6.1.2024_HU