

Weekly Briefing

Prof. Dr méd. Lars C. Huber; Prof. Dr méd. Martin Krause
Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Cette version du 16.04.2024 a été corrigée après la publication de la version imprimée. Dans le dernier point du «CME», la phrase «Ces médicaments ne conviennent pas pour le traitement» a été remplacée par «Seule l'atovaquone/proguanil est également utilisée pour le traitement». Nous nous excusons pour l'erreur présente dans la version imprimée.

Données de vie réelle: et d'une!

Vaccination contre le zona: 2^e dose!

Pour la vaccination contre le zona chez l'adulte, le vaccin sous-unitaire adjuvanté (Shingrix®) a remplacé le vaccin vivant atténué. Shingrix® est administré en deux doses espacées d'au moins deux mois. Quelle protection offre-t-il lorsque les données de vie réelle sont analysées? Sur la base de 7,6 millions de personnes-années, la protection est de 70% la première année après la première dose, avec une baisse rapide à <50% la deuxième et la troisième année. Après la deuxième dose, la protection est de 79% la première année. Elle ne diminue que légèrement les années suivantes et s'élève encore à 73% la quatrième année. La prise de corticoïdes réduisait la protection de 12%. Conclusion: la deuxième dose confère une protection de plusieurs années contre le zona.

Ann Intern Med. 2024, doi.org/10.7326/M23-2023.
Rédigé le 20.2.24_MK

Mise en garde

Klebsiella hypervirulentes et multirésistantes

Les *Klebsiella pneumoniae* hypervirulentes (hvKP) provoquent non seulement des pneumonies, mais aussi – même chez les personnes immunocompétentes – des infections nécrosantes de la peau, des tissus mous et des os. De plus, les hvKP se disséminent dans l'œil, le foie et le système nerveux central, où se forment des abcès. Depuis 2021, 143 isolats d'hvKP ont été identifiés dans dix pays d'Europe. Le «European Centre for Disease Prevention and Control» (ECDC) avertit que non seulement les hvKP se propagent de plus en plus, mais qu'elles sont désormais aussi porteuses de gènes de carbapénémase. Du fait de la combinaison de l'hypervirulence et de la multirésistance, des personnes auparavant en bonne santé souffrant d'infections à hvKP potentiellement fatales ne peuvent plus être traitées. Si ces hvKP se propagent aussi en milieu hospitalier, il faut craindre une morbidité et une létalité élevées.

ECDC. 2024, doi.org/10.2900/993023.
Rédigé le 20.2.24_MK

Données de vie réelle: et de deux!

Dépistage: le revers de la médaille

La tomodensitométrie à faible dose pour le dépistage du cancer du poumon empêche un décès pour 320 examens. Une étude rétrospective de >9000 dépistages en vie réelle a confirmé la sensibilité élevée (93%) du dépistage, mais en a montré la contrepartie: un tiers des personnes dépistées ont ensuite subi un examen complémentaire (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique ou tomographie par émission de positons) et une personne sur 35 a subi une intervention invasive (bronchoscopie, biopsie, ponction pleurale, médiastinoscopie, thoracoscopie ou thoracotomie). Par rapport aux données publiées précédemment, le taux de complications légères et sévères des interventions subséquentes était environ deux fois plus élevé.

Ann Intern Med. 2024, doi.org/10.7326/M23-0653.
Rédigé le 20.2.24_MK

CME

Paludisme

- Le paludisme est une infection parasitaire plasmodiale transmise par les moustiques anophèles, qui sévit dans les régions tropicales et subtropicales. Environ 250 millions d'infections et >0,6 million de décès se produisent chaque année.
- *Plasmodium (P.) falciparum* et *P. vivax* sont les principaux responsables. La maladie est due à l'invasion des érythrocytes, qui sont hémolysés et séquestrés dans les petits vaisseaux, entravant la microcirculation.
- 95% des cas surviennent en Afrique et sont dus à *P. falciparum*. D'autres zones impaludées sont l'Amérique du Sud et

l'Asie du Sud-Est, où *P. falciparum* et *P. vivax* sont co-endémiques.

- La présentation comprend tous les symptômes grippaux, respiratoires et gastro-intestinaux. Chez toute personne revenant d'une zone endémique et présentant des symptômes non spécifiques, le paludisme fait partie du diagnostic différentiel.
- L'anémie hémolytique et la thrombopénie sont les principales anomalies de l'héogramme. En cas d'évolution sévère, une défaillance multiorganique se développe.
- Le diagnostic repose sur la détection de plasmodies intra-érythrocytaires. La quantification de la parasitémie a une importance pronostique. Alternativement ou en complément, des tests rapides sont utilisés pour détecter un antigène de *P. falciparum*.

- Depuis l'utilisation de l'artémisinine et de ses dérivés, en association avec un second médicament, le pronostic de la maladie s'est considérablement amélioré. L'artésunate intraveineux est approprié pour les cas sévères. Hélas, le développement de résistances à l'artémisinine compromet le succès du traitement.
- Le paludisme doit obligatoirement être abordé lors des conseils aux voyageuses et voyageurs. En Suisse, l'atovaquone/proguanil, la méfloquine et la doxycycline sont utilisées pour la prophylaxie. Seule l'atovaquone/proguanil est également utilisée pour le traitement. Il n'existe pas de vaccin.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01249-7.
Rédigé le 28.2.24_MK

Endocardite marastique

Présentation et devenir

Selon des études autopsiques, les endocardites thrombotiques non bactériennes (ETNB, endocardites marastiques) s'observent avant tout chez les personnes atteintes de cancer (80%) – inversement, environ 5% des individus atteints d'un cancer avancé présentent une ETNB.

Dans une étude monocentrique rétrospective menée à la Mayo Clinic, tous les patients et patientes avec tumeur maligne active et ETNB détectée à l'échocardiographie ont été analysés sur une période de 20 ans [1]. Les personnes avec endocardite infectieuse ou anticorps anti-phospholipides ont été exclues. Au total, 115 cas ont été identifiés (âge moyen 63 ans, 66% de femmes). Les valves mitrales (62%) et aortiques (50%) étaient le plus souvent atteintes. La plupart des patientes et patients avaient un cancer du poumon (adénocarcinome!), suivi par des tumeurs du pancréas, des néoplasies gynécologiques, gastro-intestinales et hématologiques. Déjà lors du diagnostic de l'ETNB, les complications emboliques étaient fréquentes: surtout au niveau cérébral (>80%), mais aussi au niveau de la rate, des reins, des coronaires et des extrémités. La majorité des malades ont été anticoagulés (104/115), principalement avec de l'héparine de bas poids moléculaire. L'incidence des thromboembolies artérielles et veineuses était nettement augmentée par la suite, de même que celle des événements hémorragiques majeurs. 94/115 malades sont décédés.

Jusqu'alors, les expériences cliniques sur l'ETNB provenaient de rapports de cas et de séries de cas individuels. L'étude de la Mayo Clinic a permis d'identifier plus de cas que l'ensemble des rapports de cas publiés entre 1990 et 2020. L'étude montre que l'ETNB associée au cancer touche davantage les femmes et affecte principalement les valves cardiaques gauches. Cliniquement, les ETNB se manifestent surtout par un accident vasculaire cérébral. Un adénocarcinome (poumon, pancréas) en est le plus souvent à l'origine. Même sous anticoagulation, le risque de récurrence thromboembolique est élevé, avec en parallèle des événements hémorragiques fréquents. Des comparaisons directes font défaut, mais des études plus anciennes suggèrent que les antivitamines K sont moins efficaces que l'héparine [2]. La mortalité est comparable à celle des malades atteints de thromboembolie veineuse paranéoplasique: elle est élevée et influencée par la maladie de base.

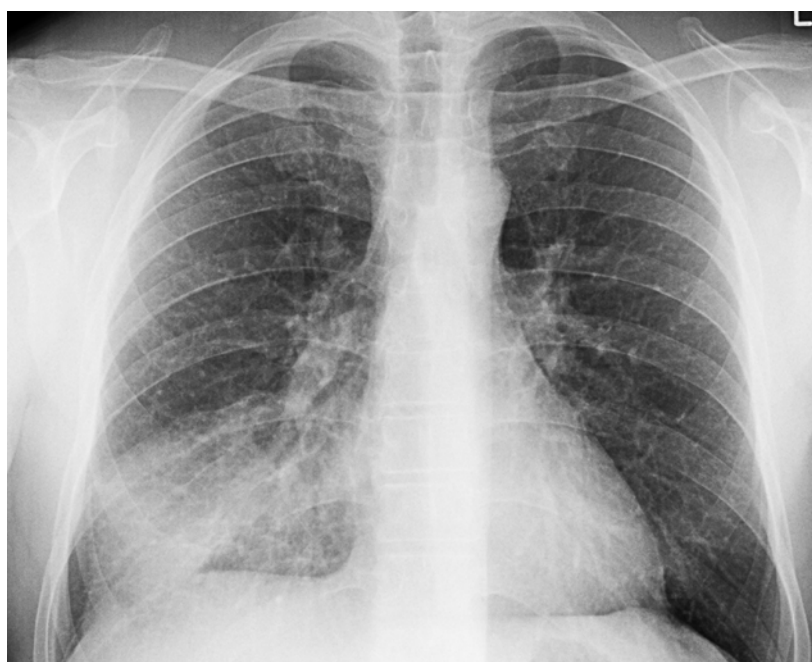
1 Am J Hematol. 2024, doi.org/10.1002/ajh.27239.

2 Am Heart J. 1987,

doi.org/10.1016/0002-8703(87)90719-8.

Rédigé le 27.2.24_HU

Pneumonie



© Case courtesy of Sajoscha A. Sorrentino, Radiopaedia.org, rID: 14979

L'utilité de l'antigène pneumococcique dans l'urine est limitée.

Antigène pneumococcique dans l'urine

En cas de pneumonie, la recherche ciblée d'agents pathogènes atypiques (mycoplasmes, légionelles), de virus (SARS-CoV-2, influenza), d'agents pathogènes opportunistes (*Pneumocystis jirovecii*, champignons) ou de germes problématiques (*Pseudomonas*, mycobactéries) peut, selon la situation clinique, s'avérer judicieuse. En revanche, le test d'antigène urinaire pour *Streptococcus pneumoniae*, l'agent pathogène le plus fréquent de la pneumonie bactérienne, est d'une importance secondaire – «things we do for no reason» (!) –, et ce pour les raisons suivantes:

1. La probabilité pré-test de résultat positif est faible, la plupart des tests étant négatifs. Une analyse rétrospective de 2021 dans trois hôpitaux a montré que sur 1428 tests, 1408 (98,6%) étaient négatifs.

2. Les traitements empiriques recommandés sont efficaces contre les pneumocoques. Dans la plupart des cas, un résultat positif n'influence pas le choix de l'antibiotique. Dans l'analyse citée, la prise en charge thérapeutique n'a été adaptée que dans un seul cas (0,07%) après l'obtention du résultat.

3. Un résultat de test négatif n'exclut pas la présence d'une pneumonie à pneumocoques en raison d'une sensibilité sous-optimale.

4. Ni un résultat positif ni un résultat négatif n'exclut la présence d'autres agents pathogènes.

5. On ignore si et comment la sensibilité est influencée par les nouveaux vaccins antipneumococciques et/ou les antibiothérapies préalables.

De plus, dans le cas d'un diagnostic très fréquent (pneumonie!), un test diagnostique utilisé de manière routinière entraîne au final des coûts substantiels – pour le test d'antigène urinaire, avec une utilité limitée. Dans le quotidien clinique, il est souvent difficile de savoir au départ si l'on est en présence d'une pneumonie ou d'un diagnostic alternatif (insuffisance cardiaque, exacerbation d'une bronchopneumopathie chronique obstructive). Il est donc vraisemblable que le test d'antigène urinaire soit utilisé chez un nombre important de personnes qui ne souffrent pas du tout de pneumonie...

En bref: l'antigène pneumococcique dans l'urine a une valeur diagnostique insuffisante et le résultat du test n'a qu'une faible influence sur les décisions thérapeutiques. Sa détermination est inutile.