

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Inhibiteurs de la pompe à protons

Déprescription après séjour en soins intensifs

Chez 9 malades critiques sur 10, un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) est instauré en unité de soins intensifs (USI). Est-il arrêté par la suite? Une cohorte d'environ 12 000 personnes hospitalisées avec une première administration d'IPP en USI montre que dans 40% des cas, les IPP sont poursuivis de manière irréflectée, c'est-à-dire pendant >8 semaines et sans indication claire. Les données rétrospectives ont en outre révélé un risque significativement accru de complications sous traitement continu par IPP (par ex. pneumonie, réhospitalisation, mortalité à 2 ans accrue). Une fois de plus, l'étude ne montre que des associations et non une causalité. Elle constitue néanmoins un rappel important de la nécessité de réévaluer de manière critique l'indication des IPP après un séjour en USI.

Crit Care Med. 2024.
doi.org/10.1097/CCM.0000000000006104.
Rédigé le 4.3.2024_HU

Traitement de la dépression

L'activité physique est utile

Cette méta-analyse de 218 travaux originaux (14 170 participants et participants, 495 bras de traitement) a comparé l'effet antidépresseur de divers sports par rapport aux options thérapeutiques traditionnelles (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [ISRS], psychothérapie). La marche («walking»), le jogging, le yoga et la musculation ont montré les meilleurs résultats, avec une efficacité corrélée à l'intensité de l'activité. Globalement, les effets thérapeutiques obtenus étaient comparables aux approches psychothérapeutiques et pharmacologiques, et l'association ISRS et activité physique était aussi plus efficace que la pharmacothérapie seule. L'étude souligne ainsi l'importance de l'activité physique dans le traitement de la dépression.

BMJ. 2024. doi.org/10.1136/bmj-2023-075847.
Rédigé le 4.3.24_HU

Vintage Corner

Acide urique lors de la crise de goutte

L'acide urique (AU) est un facteur causal de la goutte. Les taux sériques ont toutefois une valeur diagnostique limitée: la plupart des personnes avec hyperuricémie ne développent pas de goutte à long terme. Inversement, des valeurs normales d'AU n'excluent pas une goutte: sur une période de 3 ans, 38 personnes (4 femmes, 34 hommes, âge moyen 54 ans), avec 42 crises de goutte au total, ont été évaluées. Dans 43% des cas, les valeurs d'AU étaient normales lors de la crise de goutte. Dans 30/42 épisodes, les valeurs sériques étaient plus basses que dans l'intervalle sans goutte; elles étaient inchangées dans 7 et plus élevées dans 5. Pour déterminer la valeur de base et établir un traitement hypouricémiant: doser l'AU ≥ 2 semaines après la crise aiguë de goutte.

Ann Rheum Dis. 1997. doi.org/10.1136/ard.56.11.696a.
Rédigé le 7.2.24_HU

CME

Les anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA)...

- ... peuvent être détectés par immunofluorescence indirecte ou test immuno-enzymatique (TIE). L'immunofluorescence divise les anticorps en sous-type périnucléaire (p-ANCA) ou cytoplasmique (c-ANCA) selon le profil de coloration. Le TIE distingue les antigènes cibles: protéinase 3 (PR3-ANCA) ou myéloperoxydase (MPO-ANCA).
- En cas de présentation clinique compatible, les PR3-ANCA sont, de façon très simplifiée, souvent associés à une granulomatose avec polyangéite (anciennement

maladie de Wegener), les MPO-ANCA à une polyangéite microscopique ou une granulomatose éosinophilique avec polyangéite (syndrome de Churg-Strauss).

- Le diagnostic de vascularite à ANCA primitive est douteux si les anticorps sont détectés uniquement par immunofluorescence, sans confirmation par TIE: la valeur prédictive de l'immunofluorescence est faible par rapport au TIE.
- En cas de test de confirmation positif, il y a une forte concordance entre les deux méthodes dans la vascularite à ANCA primitive: les p-ANCA sont confirmés par la MPO et les c-ANCA par la PR3.
- En revanche, des résultats discordants ou une double positivité des MPO-ANCA et des PR3-ANCA indiquent une vascularite induite par les médicaments, par exemple par le carbimazole ou le propylthiouracile.

20% des personnes traitées par ces thyrostatiques ont une positivité aux ANCA (le plus souvent MPO), mais très peu développent une vascularite manifeste. Pour la cocaïne coupée au lévamisole, des PR3-ANCA sont le plus souvent trouvés.

- Des ANCA faussement positifs s'observent dans d'autres maladies auto-immunes ou secondairement en cas de tumeurs malignes et d'infections, par exemple dans environ 10% des cas dans l'endocardite infectieuse (*Bartonella*!) ou les maladies inflammatoires de l'intestin.
- Pronostic: si les ANCA ne sont plus détectables après le traitement d'induction, cela indique une phase de rémission prolongée. En cas de PR3-ANCA, les récurrences sont plus fréquentes.

Lancet. 2024. doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01736-1.
Rédigé le 7.3.24_HU

Thérapie nutritionnelle

Où sont les preuves?

Il ne fait guère de doute qu'une alimentation saine est essentielle pour la santé. De même, la conviction existe qu'elle peut être utilisée à des fins thérapeutiques dans les maladies chroniques. Cependant, les données issues d'études fournissent des résultats divergents.

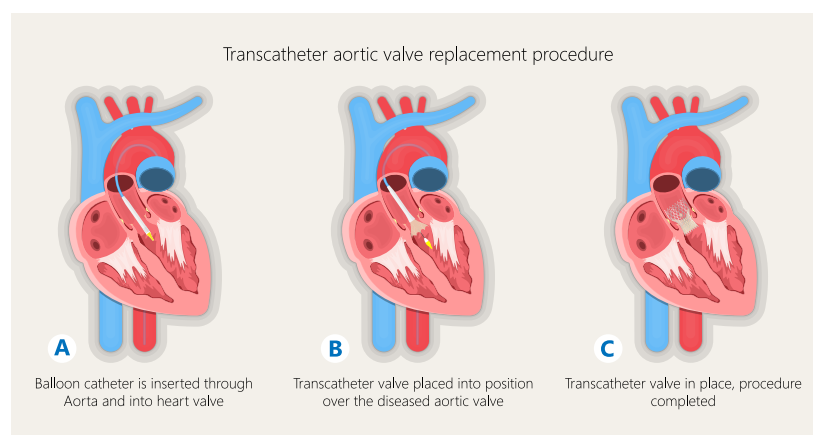
Cette étude, probablement la plus rigoureuse et la plus longue sur l'approche «food-as-medicine» chez des personnes avec diabète de type 2 (DT2) mal contrôlé, a comparé l'effet d'une prise en charge nutritionnelle et diabétique intensive (PeCNDi) à celui d'une prise en charge usuelle par le médecin de famille (PeCu). 349 patientes et patients (âge moyen 54,6 ans, 54,8% de femmes) ont été randomisés: 170 dans le groupe d'intervention (PeCNDi) et 179 dans le groupe contrôle (PeCu). Ces derniers ont eu la garantie de bénéficier ultérieurement d'une PeCNDi. Tous présentaient un DT2 avec une HbA_{1c} >8,0% et avaient du mal à suivre un régime alimentaire correct.

La PeCNDi consistait en la livraison de 10 repas équilibrés par semaine, composés de produits à base de céréales complètes, de légumes frais, de fruits, de protéines maigres et de produits laitiers à faible teneur en matières grasses. En outre, des conseils diététiques hebdomadaires, des conseils pour un meilleur comportement alimentaire et des contacts téléphoniques réguliers ont été organisés. Les critères d'évaluation étaient l'HbA_{1c} à 6 et 12 mois, le cholestérol, les triglycérides, le poids et la pression artérielle à 12 mois. Après 6 mois, l'HbA_{1c} a diminué de -1,3% dans le groupe PeCu et de -1,5% dans le groupe PeCNDi ($p = 0,86$). Cette différence non significative a persisté après 12 mois. Par rapport à la PeCu, la PeCNDi n'a pas eu d'effet sur le cholestérol, les triglycérides ou la pression artérielle après 12 mois. Étonnamment, les sujets du groupe PeCNDi ont pris du poids dans les 6 premiers mois, mais après 12 mois, il n'y avait plus de différence par rapport au groupe contrôle.

L'absence d'effet sur l'HbA_{1c} et sur les autres paramètres était inattendue et décevante. On peut s'interroger sur le groupe contrôle, dont les sujets ont peut-être été motivés au préalable à adopter un meilleur comportement alimentaire. Néanmoins, l'étude montre qu'un effort diététique important, soutenu par de nombreux conseils sur le comportement alimentaire, n'est pas justifié pour améliorer l'équilibre métabolique dans le DT2.

JAMA Intern Med. 2024,
doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.6670.
Rédigé le 13.2.24_MK sur indication du
Prof. Dr F. Eberli, Zurich

Sténose aortique



Implantation d'une valve aortique expansible par une intervention mini-invasive.

Cathéter ou chirurgie?

La TAVI a révolutionné le traitement de la sténose aortique (SA) sévère. TAVI signifie «transcatheter aortic valve implantation» (également TAVR: «transcatheter aortic valve replacement»); il s'agit d'une intervention mini-invasive consistant à implanter une valve aortique expansible par un cathéter. Le remplacement valvulaire aortique chirurgical (RVAc) à cœur ouvert a longtemps été le seul traitement efficace de la SA sévère. La SA touche le plus souvent les personnes âgées, chez qui une chirurgie cardiaque est considérée comme risquée en raison des comorbidités. La TAVI permet aux patientes et patients âgés de rentrer rapidement chez eux, où ils retrouvent en général une meilleure qualité de vie après un certain temps. Chez les personnes jeunes souffrant de SA, le RVAc reste la norme, notamment parce que la durée de vie des valves introduites par TAVI est encore inconnue.

Faut-il conseiller une TAVI ou un RVAc aux personnes âgées présentant un faible risque opératoire? Les données disponibles jusqu'à 5 ans après l'intervention n'ont montré d'avantage en termes de mortalité ou d'accident vasculaire cérébral (AVC) pour aucune des interventions. Les responsables de l'étude NOTION au Danemark et en Suède ont désormais présenté les résultats d'une analyse sur 10 ans. 280 personnes ayant un âge moyen de 79 ans, une SA sévère et un faible risque opératoire ont été randomisées pour être traitées par TAVI (145) ou RVAc (135) et suivies pendant 10 ans. Le critère d'évaluation combiné (décès, AVC et infarctus du myocarde) était identique pour la TAVI et le RVAc (65,5%). De même, il n'y avait pas de différence significative pour les critères d'évaluation individuels. Après l'intervention, la fibrillation auriculaire était plus fréquente après RVAc (74 vs. 52%), tandis que les blocs auriculo-ventriculaires nécessitant l'implantation d'un stimulateur cardiaque étaient plus fréquents après TAVI (45 vs. 14%). Une endocardite s'est développée à la même fréquence après les deux interventions (TAVI 7,2 vs. RVAc 7,4%). La fonctionnalité de la nouvelle valve aortique a décliné aussi lentement au fil des ans après la TAVI et le RVAc.

Les limites de cette étude concernent les matériaux et les techniques, qui se sont améliorés depuis le début de l'étude, tant pour la chirurgie que pour le cathétérisme, et qui pourraient donner des résultats différents aujourd'hui. Néanmoins, cette étude sur 10 ans peut être utilisée pour assurer aux personnes atteintes de SA sévère, âgées de >75 ans et présentant un faible risque opératoire que la TAVI est une alternative solide à la chirurgie.

Euro Heart J. 2024, doi.org/10.1093/eurheartj/ehae043.
Rédigé le 12.2.24_MK