

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

COVID-19 versus grippe

Létalité et morbidité élevées

Dans une étude de cohorte de patientes et patients hospitalisés, >80 000 personnes atteintes de COVID-19 et >10 000 atteintes de grippe ont été suivies pendant 18 mois et de nombreux paramètres ont été comparés. Après 18 mois, 19,8% des personnes étaient décédées de la grippe et 28,4% du COVID-19. Les lésions rénales, gastro-intestinales, cérébrales, cardiovasculaires, musculo-squelettiques et hématologiques étaient plus fréquentes en cas de COVID-19. Par contre, les lésions pulmonaires étaient plus fréquentes en cas de grippe. On peut en déduire que la grippe a une plus grande affinité pour les poumons avec des séquelles, alors que le COVID-19 se manifeste plutôt de manière systémique avec des lésions touchant de nombreux autres organes. La morbidité et la létalité sont en principe élevées pour les deux infections.

Lancet Infect Dis. 2024,
doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00684-9.
Rédigé le 2.4.2024_MK

Agonistes des récepteurs du GLP-1

Stopper la maladie de Parkinson?

156 personnes atteintes de la maladie de Parkinson à un stade précoce ont été randomisées 1:1 pour recevoir du lixisénatide ou un placebo 1× par jour. Le lixisénatide est un agoniste des récepteurs du «glucagon-like peptide-1» (AR-GLP-1) à pénétration cérébrale. Au début, puis à 12 et 14 mois, la limitation motrice a été mesurée avec un score. Il était initialement de 15 dans les deux groupes. Après 12 mois, le score était de 15 (= inchangé) dans le groupe AR-GLP-1 et de 18 (= aggravation) dans le groupe placebo. Le lixisénatide et le placebo ont alors été arrêtés. Deux mois plus tard, les scores étaient de 17,7 sous AR-GLP-1 et de 20,6 sous placebo. L'effet de l'AR-GLP-1 sur l'arrêt de la progression s'explique par sa capacité à empêcher l'apoptose dans la substance noire.

N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2312323.
Rédigé le 4.4.2024_MK

Omalizumab

Aussi en cas d'allergies alimentaires

Lomalizumab est un anticorps anti-immunoglobulines E utilisé jusqu'alors dans l'asthme allergique. Cette étude a évalué s'il était aussi efficace en cas d'allergies alimentaires multiples. Le critère d'inclusion était une allergie aux arachides + deux autres allergies (entre autres noix de cajou, lait, œufs, céréales). 180 enfants âgés de 1–17 ans ont été randomisés pour recevoir soit de lomalizumab sous-cutané (2–4 fois par semaine), soit un placebo. Dans le groupe d'intervention, 67% des enfants pouvaient manger des arachides sans symptômes après 16 semaines, contre 4% seulement pour le placebo. Les résultats étaient tout aussi convaincants pour les noix de cajou, le lait et les œufs. Lomalizumab peut donc prévenir les symptômes allergiques dans 2/3 des cas en cas d'allergies alimentaires multiples.

Voir aussi Bull Med Suisses, ce numéro, p. 78.
N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2312382.
Rédigé le 22.04.24_MK

CME

Lésions hépatiques sous traitement antituberculeux

Le traitement de la tuberculose fait généralement appel à quatre médicaments. Parmi eux, la rifampicine, l'isoniazide et le pyrazinamide sont hépatotoxiques. L'éthambutol ne l'est pas.

- Des lésions hépatiques (LH) surviennent dans 2–28% des traitements. L'âge avancé, la malnutrition, les LH préexistantes et l'alcool augmentent le risque. Dans 87% des cas, les LH surviennent dans les deux premiers mois de la quadrithérapie.

- L'alcool doit être évité pendant le traitement. Des contrôles cliniques de routine, y compris des enzymes hépatiques et de la bilirubine, sont recommandés toutes les deux semaines pendant les deux premiers mois, puis toutes les quatre semaines. Une consultation médicale est urgente en cas d'ictère, de vomissements et de douleurs abdominales.
- En présence d'une LH, il est nécessaire d'agir en cas d'élévation de a) l'alanine aminotransférase (= ALAT ou GPT) >5 fois (la limite supérieure de la normale) ou b) de l'ALAT >3 fois + bilirubine >2 fois ou c) de l'ALAT >3 fois avec des signes cliniques tels que vomissements et douleurs abdominales.
- Initialement, il est impossible de savoir lequel des trois médicaments est en cause.

Tous les médicaments, y compris l'éthambutol, sont arrêtés. Il y a donc une pause thérapeutique. Un traitement alternatif n'est instauré en relais que si une interruption n'est pas justifiable.

- Après 2–4 semaines, la fonction hépatique s'est le plus souvent normalisée. Une insuffisance hépatique aiguë peut toutefois survenir et nécessiter une transplantation.
- En cas d'enzymes hépatiques normales, l'éthambutol + isoniazide ou l'éthambutol + rifampicine sont recommencés et complétés séquentiellement par la rifampicine ou l'isoniazide et enfin le pyrazinamide.
- Dans 80–90% des cas, les quatre médicaments peuvent être réintroduits sans nouvelle LH (adaptation hépatique).

BMJ. 2023, doi.org/10.1136/bmj-2023-074866.
Rédigé le 5.4.2024_MK

Médecine du sport

Fitness tracker & fréquence du pouls

«With clinicians' increasing reliance on [...] smart devices, it is of utmost importance to understand their benefits as well as their potential shortcomings» [1]. Apple Watch® Series 3, Fitbit Charge™ HR, Fitbit Blaze™, Polar® A360, Garmin Vivosmart® HR, écouteurs pour le sport Jabra® ... La liste des fitness trackers est presque infinie – et leur popularité grandissante. Les appareils enregistrent diverses données de santé, notamment la fréquence cardiaque. Celle-ci est mesurée par photopléthysmographie – comme pour un oxymètre de pouls via la réflexion de la lumière infrarouge émise. Ces données sont-elles fiables?

Une petite étude [1] s'est penchée sur cette question en évaluant concrètement la fréquence du pouls chez 81 patientes et patients à l'aide des appareils mentionnés. Les volontaires devaient passer un examen ergométrique dans le cadre d'un contrôle clinique. La fréquence cardiaque a été relevée avec les fitness trackers au début (valeur au repos), par étapes en augmentant le nombre de watts et à la fin («peak exercise») à la fréquence cardiaque maximale). Un électrocardiogramme (ECG) synchrone a servi de référence. Ont été recrutés 53 femmes et 28 hommes, dont 61 étaient en rythme sinusal (RS) et 20 en fibrillation auriculaire (FA). Au repos, la différence absolue entre l'ECG et le fitness tracker était de 4,6 battements (RS) et de 7 battements (FA) et était nettement plus élevée à l'effort maximal (13,8 en RS, 28,7 en FA). Dans la plupart des cas, la fréquence cardiaque réelle a été sous-estimée par le tracker (en moyenne de 17 battements/min en FA et de 7,4 battements/min en RS), et surestimée dans 25% des cas. La variabilité entre les différents appareils était également considérable, mais on peut dire pour tous que la corrélation avec l'ECG, la méthode de référence, est insuffisante, en particulier à l'effort chez les personnes avec FA. La prudence est donc de mise lors de l'interprétation clinique de ces données, par exemple lors de l'adaptation du contrôle de la fréquence par médicaments.

1 J Am Coll Cardiol. 2024, doi.org/10.1016/j.jacc.2024.01.024.
Rédigé le 3.4.24_HU

Analyses de laboratoire et imagerie



© Henrik Dølle / Dreamstime

Les tests médicaux tiraillés entre diagnostic et surutilisation.

Réflexions pour la pratique clinique quotidienne

Les analyses de laboratoire et les examens d'imagerie font partie intégrante du processus diagnostique et sont devenus incontournables dans le quotidien clinique. Toutefois, les termes «overuse» et «overreliance» reviennent souvent dans ce contexte: selon les estimations, environ un tiers de ces modalités ne sont pas utiles aux patientes et patients – ou inversement: on peut faire l'impasse sur bon nombre de ces examens sans que cela entraîne une augmentation des diagnostics manqués, des hospitalisations ou de la mortalité [1]. Quelques réflexions résument les déficits inhérents à ces méthodes diagnostiques:

1. Une sensibilité élevée d'un test n'est pas automatiquement synonyme de pertinence clinique. Exemple: les anticorps antinucléaires sont des marqueurs très sensibles. S'ils sont négatifs, un lupus érythémateux disséminé est pratiquement exclu. La plupart des anticorps antinucléaires positifs sont cependant des faux positifs chez les sujets sains – avec les conséquences qui en découlent (inquiétude, tests complémentaires).

2. L'interprétation des résultats des tests repose sur une distribution normale. Est normal ce qui est valable pour 95% de la population saine. Mathématiquement, 5% des résultats sont donc des faux positifs. Plus le nombre de tests est élevé, plus la probabilité de résultats «pathologiques» est élevée. Ces «incidentalomes» peuvent inquiéter les patientes et patients. Ce phénomène est notamment désigné par le terme éloquent VOMIT («victims of modern imaging technology») [2].

3. Nombre de maladies n'ont pas de réel corrélat au laboratoire et/ou à l'imagerie. Inversement, au cabinet de médecine de famille, jusqu'à la moitié des symptômes restent sans diagnostic clair, la majorité d'entre eux étant auto-limitants avec résolution spontanée en quelques semaines.

4. Le résultat de tout test médical ne peut être interprété que dans le contexte de la probabilité pré-test. Le bon test doit donc toujours être choisi dans le contexte clinique individuel (pas de «blocs d'analyses de laboratoire»).

5. Et enfin: une stratégie multi-test est coûteuse. La simple prescription d'examen ne nécessite guère d'interaction. En revanche, les patientes et patients apprécient le contact personnel avec des médecins qui écoutent, examinent, interrogent, etc.

1 Am J Med. 2024, doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.12.004.

2 BMJ. 2003, doi.org/10.1136/bmj.326.7401.1273.

Rédigé le 2.4.24_HU