

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Varices gastro-œsophagiennes

Dépistage par capsule à guidage magnétique

L'œsophagogastroskopie (OGS) est la méthode de choix pour dépister les varices en cas de cirrhose du foie. La sensibilité d'une endoscopie par capsule est insuffisante pour remplacer l'OGS comme méthode de dépistage. Elle est améliorée si la capsule est placée dans un champ magnétique et guidée de l'extérieur. Après ingestion de la capsule, celle-ci est arrêtée au niveau de l'œsophage par un fil pour permettre une inspection minutieuse. Une fois le fil détaché, la capsule passe dans l'estomac, où une rotation à guidage magnétique permet d'évaluer le fundus. La sensibilité et la spécificité pour détecter ou exclure des varices gastro-œsophagiennes à haut risque hémorragique étaient >95% dans une étude sur >600 personnes cirrhotiques. Il n'y a pas eu de complications.

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj-2023-078581.

Rédigé le 5.4.2024_MK

Infections urinaires récurrentes

Nouveau vaccin prometteur

MV140 est un vaccin contre les infections urinaires (IU) récurrentes, composé d'extraits inactivés des agents pathogènes les plus courants (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris* et *Enterococcus faecalis*). Administré quotidiennement en spray sublingual pendant 3 mois, il réduit significativement les récurrences. Dans cette étude, 150 femmes (18–75 ans, ≥5 IU non compliquées au cours des 12 derniers mois) ont été incluses. Les expériences subjectives et les jours d'antibiotiques ont été comparés à un placebo au cours des 9 mois suivants. Tant le score des symptômes que la qualité de vie étaient significativement meilleurs dans le groupe vacciné. Dans ce dernier, des antibiotiques ont également été utilisés 16 jours de moins. MV140 est jusqu'à présent prometteur, tant objectivement que subjectivement.

Europ Urol Open Science. 2024, doi.org/10.1016/j.euros.2024.03.010.
Rédigé le 23.04.24_MK

Obésité

Pas toujours un facteur de risque!

Pourquoi certaines personnes obèses ne développent-elles pas de maladie coronarienne ou d'accident vasculaire cérébral? Le profil métabolique de 20 obèses sans complications (SC) a été comparé à celui de 20 obèses avec complications (AC). L'indice de masse corporelle était quasiment identique (38,6 vs. 39,5 kg/m²). Des différences pertinentes ont été constatées dans le muscle squelettique concernant la teneur en céramides, la dégradation des acides aminés et la fonction mitochondriale. Dans le tissu adipeux, l'expression des gènes liés à l'inflammation était nettement différente. Les SC avaient des concentrations plasmatiques de glucose, d'insuline et d'acides gras plus faibles que les AC. Les SC accumulaient les graisses au niveau glutéo-fémoral, les AC au niveau intra-abdominal. Cette hétérogénéité du profil métabolique explique le potentiel différent de développement des maladies secondaires en cas d'obésité.

Cell Metab. 2024, doi.org/10.1016/j.cmet.2024.03.002.
Rédigé le 26.04.24_MK

CME

Insuffisance cardiaque

- L'insuffisance cardiaque (IC) est un syndrome clinique causé par une limitation structurelle ou fonctionnelle du myocarde et caractérisé par des signes de congestion pulmonaire et/ou systémique.
- Une IC doit être suspectée chez toute personne se plaignant de dyspnée à l'effort ou en position allongée. Les autres symptômes sont la fatigue, la perte d'appétit, les douleurs abdominales et les œdèmes des jambes.
- La classification de la «New York Heart Association» distingue quatre stades d'IC: 1 = aucune limitation, 2 = limitation légère, 3 = limitation marquée, 4 = limitation au repos.
- Les manifestations cliniques comprennent turgescence jugulaire, œdèmes périphé-

riques, râles ou sifflements pulmonaires, choc apical latéralisé, troisième bruit cardiaque et souffles cardiaques.

- Examens nécessaires: peptide natriurétique de type B (BNP) ou fraction N-terminale du BNP (NT-proBNP), électrocardiogramme (ECG) et radiographie du thorax (RT). Le BNP a une sensibilité élevée pour l'IC, sauf en cas d'obésité. L'ECG est le plus souvent anormal en cas d'IC. Une RT normale n'exclut pas une IC.
- L'échocardiographie est obligatoire pour le diagnostic. Elle oriente le traitement.
- La classification de l'IC est basée sur la fraction d'éjection (FE): IC avec FE réduite (HFREF) ≤40%, IC avec FE modérément réduite (HFmrEF) 41–49%, IC avec FE préservée (HFpEF) ≥50% et IC avec FE améliorée (HFimpEF) ≤40% avant et >40% après traitement.

- Les signes de congestion pulmonaire et/ou systémique (hypervolémie) sont traités par diurétiques de l'anse. Ils visent à obtenir un équilibre volémique au sens d'une euvoémie.
- Une HFREF est traitée par des médicaments de la classe des inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone, des bêtabloquants, des antagonistes de l'aldostérone et des inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose (SGLT2i). Ils sont généralement utilisés de manière séquentielle. Pour chaque classe, il existe un bénéfice en termes de mortalité et d'hospitalisation. Une HFmrEF est traitée avec les mêmes médicaments.
- Pour le traitement de l'HFpEF, des preuves sont disponibles uniquement pour les SGLT2i.

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj-2023-077057.
Rédigé le 24.04.24_MK

Infection respiratoire aiguë

Quel est l'intérêt d'un panel de virus?

Les panels de virus respiratoires sont de plus en plus souvent utilisés pour le diagnostic des infections respiratoires aiguës. Ces analyses «multiplex» détectent avec une sensibilité élevée jusqu'à 20 pathogènes et plus: influenza, parainfluenza, SARS-CoV-2, virus respiratoire syncytial (VRS), métapneumovirus, adénovirus, mais aussi agents bactériens tels que mycoplasmes, chlamydia ou légionelles.

Quelles sont les conséquences d'un dépistage de routine de ces agents pathogènes chez les immunocompétents? La conclusion générale de deux travaux récents est qu'il est inutile et ne présente aucun avantage par rapport à un dépistage sélectif de certains agents pathogènes. Une analyse de panel permet certes davantage de clarifier l'étiologie, mais des options thérapeutiques ne sont disponibles que pour l'influenza et le SARS-CoV-2. Et ce n'est qu'en cas de SARS-CoV-2 et – dans le cadre pédiatrique – de VRS que des mesures d'hygiène (isolement «gouttelettes») sont prises. En outre, une approche syndromique est de plus en plus utilisée dans les hôpitaux suisses pour prévenir les transmissions nosocomiales: les mesures d'hygiène respiratoire standard sont appliquées chez les personnes hospitalisées présentant des troubles respiratoires – le diagnostic de l'agent pathogène est facultatif.

De même, une analyse de panel n'influence pas notre pratique en matière de prescription d'antibiotiques. Certes, moins de malades reçoivent des antibiotiques en cas de résultat positif, mais les patientes et patients sont plus souvent traités par antibiotiques en cas de résultat négatif. Ce résultat est surprenant: les antibiotiques sont utilisés en cas de pneumonie, pas en cas de bronchite aiguë. Un panel de virus négatif ne suffit pas à diagnostiquer une pneumonie, et un résultat positif ne l'exclut pas non plus (mot d'ordre: surinfection bactérienne). Par ailleurs, les résultats d'un panel de virus ne modifient pas sensiblement la durée de séjour aux urgences, les réadmissions et le taux d'hospitalisation. La recommandation est donc la suivante: les personnes immunocompétentes présentant des symptômes respiratoires aigus devraient être testées en priorité pour la grippe, le COVID-19 et le VRS. Les tests correspondants sont bon marché et rapidement disponibles, et les résultats ont des implications directes pour la prise en charge ultérieure.

J Hosp Med. 2024, doi.org/10.1002/jhm.13365.
JAMA Intern Med. 2024,
doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0037.
Rédigé le 26.04.24_HU

Fibrillation auriculaire avec déclencheur aigu

© Horacioelva / Dreamstime

Anticoagulation en cas de fibrillation auriculaire secondaire: un dilemme clinique.

Anticoagulation oui ou non?

Une patiente de 68 ans est hospitalisée en raison d'un sepsis. Le deuxième jour, une fibrillation auriculaire (FA) tachycardique asymptomatique est nouvellement constatée; quelques heures plus tard, une conversion spontanée se produit déjà. Aucun épisode de FA ne se reproduit jusqu'à la sortie. Des antécédents d'hypertension artérielle et de diabète sucré sont connus. La patiente doit-elle sortir avec ou sans anticoagulation?

Les patientes et patients chez qui une FA secondaire est découverte ont un risque accru d'événements cardiovasculaires. De même, l'incidence des récives est élevée: elle atteint près de 40% après un an. Parallèlement, à la fois le risque d'événements cardiovasculaires et le taux de récives sont plus faibles chez les personnes avec FA secondaire que chez celles avec FA sans déclencheur aigu. Le risque d'hémorragie est toutefois similaire.

Arguments en faveur d'une anticoagulation: Le sepsis a ici démasqué la prédisposition à une FA de la patiente – mais il est possible que des épisodes non décelés soient déjà survenus auparavant. En effet, la présence de symptômes n'est pas un bon indicateur de la présence d'une FA. De plus, la patiente a un score CHA₂DS₂-VASc élevé: plus le score est élevé, plus le risque d'accident vasculaire cérébral est élevé.

Arguments en défaveur d'une anticoagulation: Globalement, il ne s'agit pas seulement d'évaluer le risque de récive, mais aussi l'efficacité d'une anticoagulation durable. Les données à ce sujet en cas de FA secondaire sont rares, des preuves directes issues d'études randomisées font défaut. Des études observationnelles suggèrent que l'anticoagulation (établie dans les 30 jours suivant un sepsis et une FA nouvellement détectée) ne réduit pas le risque d'événement cérébral ischémique. De plus, le score CHA₂DS₂-VASc n'a pas une bonne valeur prédictive en cas de FA secondaire.

Une échocardiographie est recommandée pour évaluer une cardiopathie structurale sous-jacente. Cela permet d'estimer s'il s'agit plutôt d'une FA primaire nouvellement découverte ou d'une FA secondaire déclenchée. Si une anticoagulation n'est pas prescrite, il convient de procéder à une surveillance prolongée du rythme cardiaque en ambulatoire: cela deviendra plus facile avec l'émergence de «wearable devices» de plus en plus précis.

N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMcide2311699.
Rédigé le 25.04.24_HU