

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Infection à VRS

Complications cardiaques fréquentes

Cette étude transversale a porté sur >6000 personnes hospitalisées âgées de ≥50 ans avec une infection à virus respiratoire syncytial (VRS) confirmée: leur âge moyen était de 73 ans, 60% étaient des femmes. Dans >20% des cas, un événement cardiaque aigu (insuffisance cardiaque >> ischémie myocardique > autre) est survenu pendant l'hospitalisation – dans 1 cas sur 12, aucune maladie cardiaque n'était connue jusqu'alors. Une complication cardiaque a presque doublé le risque de devenir défavorable: 20% de toutes les personnes hospitalisées ont nécessité des soins intensifs, 5% sont décédées. Conclusion: une infection à VRS peut être grave chez les adultes âgés. Il sera intéressant de voir si et comment la vaccination modifiera ce risque.

JAMA Intern Med. 2024,
doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0212.
Rédigé le 27.4.2024_HU

Diagnostic d'HTP-TEC

Rare après une embolie pulmonaire aiguë

Les données de >500 000 patientes et patients victimes d'une embolie pulmonaire aiguë (âge moyen 71 ans, 57% de femmes) entre 2010 et 2021 ont été analysées. Une hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HTP-TEC) a été diagnostiquée comme complication en moyenne 13,5 mois après l'événement aigu. Facteurs de risque de diagnostic tardif: sexe féminin, obésité, bronchopneumopathie chronique obstructive. La prévalence a certes augmenté de 0,4 à 0,9% pendant la période d'observation. Malgré tout, le diagnostic d'HTP-TEC – une forme potentiellement curable d'hypertension pulmonaire – est sans doute (trop) rarement posé en situation de vie réelle sans suivi systématique. En cas de symptômes persistants malgré un traitement adéquat: effectuer une échocardiographie!

J Thromb Haemost. 2024,
doi.org/10.1016/j.jtha.2024.04.009.
Rédigé le 27.4.24_HU

Vintage Corner

Décompensation cardiaque en radiologie

Quel est le signe ayant la meilleure valeur diagnostique pour confirmer une décompensation cardiaque gauche à la radiographie du thorax? La redistribution baso-apicale: dans le contexte clinique correspondant, le rapport de vraisemblance positif est de 12! Une redistribution est présente lorsque le diamètre des veines pulmonaires apicales dépasse celui des vaisseaux basaux. Ces derniers sont physiologiquement mieux perfusés – une augmentation de la précharge cardiaque gauche entraîne une vasoconstriction réflexe avec un déplacement consécutif du volume (redistribution) dans les veines apicales [1]. Cave: «normal individuals may show redistribution when supine» [2]. Il faut donc déterminer en premier lieu s'il s'agit d'un cliché pris en position debout ou allongée.

1 Circulation. 1961, doi.org/10.1161/01.CIR.24.2.185.
2 J Gen Intern Med. 1996, doi.org/10.1007/BF02599031.
Rédigé le 1.5.24_HU

CME

Maladies gastro-intestinales à éosinophiles

- ... incluent les maladies inflammatoires chroniques immuno-médiées qui touchent l'œsophage (œsophagite à éosinophiles [EoE], l'estomac (gastrite à éosinophiles), l'intestin grêle (entérite à éosinophiles) ou le côlon (colite à éosinophiles).
- L'EoE se manifeste entre autres par une dysphagie et un pyrosis. Les complications possibles sont des sténoses avec impaction alimentaire et sensation d'étouffement.
- La physiopathologie n'est pas entièrement comprise. L'exposition à certains aliments (produits laitiers, blé, œufs, soja, arachides, poissons, crustacés) peut entraîner une infiltration des muqueuses par des éosino-

philes avec fibrose consécutive. >90% des personnes concernées présentent une diathèse atopique (dermatite atopique, asthme éosinophilique).

- Le diagnostic repose sur la clinique et la biopsie; quant au diagnostic différentiel, il faut exclure une maladie de Crohn œsophagienne, un syndrome hyperéosinophilique ou une œsophagite médicamenteuse (doxycycline, anti-inflammatoires non stéroïdiens).
- Le traitement consiste en des mesures diététiques avec suppression de certains aliments et en des biopsies de contrôle après 6–8 semaines. Des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), des corticoïdes oraux (budésonide) ou l'anticorps monoclonal dirigé contre le récepteur de l'interleukine 4 dupilumab sont utilisés en complément.

- Les **maladies gastro-intestinales à éosinophiles en dehors de l'œsophage** se manifestent de manière non spécifique et sont probablement sous-diagnostiquées – les critères diagnostiques sont toutefois mal définis. La gastrite et l'entérite se manifestent principalement par une inappétence, une perte de poids, des douleurs, des crampes, une sensation de réplétion, des nausées et des vomissements, la colite par une diarrhée, des douleurs et des saignements.
- En plus de la diathèse atopique, une anémie, une hypoalbuminémie et – dans jusqu'à 50% des cas – une éosinophilie périphérique peuvent s'observer.
- Il existe peu d'études sur le traitement. Les mesures diététiques, les IPP et les corticoïdes sont utilisés en off label.

JAMA. 2024, doi.org/10.1001/jama.2024.2143.
Rédigé le 3.5.24_HU

Importance sous-estimée?

Infection intestinale par le SARS-CoV-2

Le COVID-19 n'est plus considéré comme une infection uniquement respiratoire, mais comme une maladie systémique pouvant affecter de nombreux organes. Les symptômes gastro-intestinaux sont fréquents tant en cas de maladie aiguë qu'en cas de COVID long. Dans la phase aiguë, une perte d'appétit, des nausées et vomissements, une diarrhée et des douleurs abdominales sont présents chez >50% des personnes infectées. Ces symptômes peuvent apparaître en premier, se manifester en l'absence de symptômes respiratoires ou se développer au cours de la maladie. Le récepteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine sert de site de liaison dans l'épithélium respiratoire. Ces récepteurs sont nombreux aussi bien dans l'intestin grêle que dans le gros intestin, ce qui explique probablement pourquoi l'ARN du SARS-CoV-2 est souvent présent dans les selles et pourquoi les symptômes gastro-intestinaux sont fréquents. L'interaction avec les récepteurs dans l'intestin détruit l'épithélium intestinal, produit des cytokines inflammatoires et entraîne une coagulation dans les petits vaisseaux, avec des lésions ischémiques consécutives. Des altérations significatives du microbiome sont également impliquées dans ces lésions. Le SARS-CoV-2 réduit le nombre de *Faecilibacterium (F.) prausnitzii* et d'autres bactéries intestinales, qui sont en principe d'une grande importance pour la réponse immunitaire dans le tractus gastro-intestinal. La réduction de *F. prausnitzii* entraîne une diminution de la production d'acides gras à chaîne courte (par ex. butyrate), dont l'effet anti-inflammatoire est ainsi atténué. Lors de la guérison, il arrive que ces altérations du microbiome persistent malgré l'élimination du SARS-CoV-2, ce qui explique probablement les symptômes intestinaux en cas de COVID long. La tentative de diversifier à nouveau la flore intestinale pendant six mois après un COVID-19 aigu à l'aide d'un mélange de symbiotiques a entraîné une amélioration significativement plus fréquente de la fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que des douleurs abdominales.

Les observations de l'association entre les altérations du microbiome et le COVID-19 sont frappantes. Cependant, l'influence de l'infection intestinale par le SARS-CoV-2 sur l'activité immunologique et anti-inflammatoire dans la phase subaiguë et chronique du COVID-19 reste à déterminer.

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj.q842.
Rédigé le 6.5.24_MK

Du plastique partout



© Nanthicha Khamphumee / Dreamstime

On connaît encore trop peu les effets nocifs du plastique sur la santé.

Les microplastiques rendent-ils malade?

Un éditorial attire l'attention sur les dommages potentiels du plastique chez l'être humain [1]. Le plastique est solide, étanche et durable. Aussi utiles que soient ces propriétés, autant elles nous compliquent la tâche quand il s'agit d'éliminer les plastiques. Plus de 400 millions de tonnes de déchets plastiques sont produits chaque année sur notre planète, dont 10 millions de tonnes se retrouvent dans les océans. Les différents matériaux plastiques renferment plus de 10 000 substances chimiques, dont des cancérigènes et des perturbateurs endocriniens. Il est présumé que ces substances nocives sont principalement transmises à l'être humain par les microplastiques et les nanoplastiques. Les microplastiques sont comme des granulés dont les particules individuelles mesurent <5 mm de diamètre, tandis que les nanoplastiques sont nettement plus petits, avec <1 µm. Ces particules de plastique pénètrent dans le corps humain par inhalation ou ingestion. Elles sont par exemple absorbées via les boissons ou les aliments conservés ou chauffés dans des récipients en plastique (micro-onde, biberon pour les nourrissons) ou lors du brossage des dents à partir du dentifrice. De nombreux produits cosmétiques contiennent aussi des micro- et nanoplastiques pouvant être absorbés par la peau.

Jusqu'à présent, l'effet biologique des micro- et nanoplastiques a été étudié sur des animaux de laboratoire. Le métabolisme du glucose et des lipides, la croissance et la reproduction sont défavorablement influencés et, selon le type de polymère, il existe une corrélation dose-effet pour la concentration et la durée d'exposition [2]. On sait aujourd'hui que l'être humain accumule lui aussi du plastique dans de nombreux organes. Les conséquences sur notre santé sont toutefois encore inconnues. Quelques rares observations font état de maladies gastro-intestinales liées à l'ingestion de microplastiques, qui peuvent être détectés en concentrations accrues dans les selles des malades. Il convient de mentionner l'étude récemment publiée portant sur 304 plaques athérosclérotiques carotidiennes, qui contenaient dans >50% des cas du polyéthylène et parfois aussi du chlorure de polyvinyle [3]. Les patientes et patients chez qui du plastique a été détecté présentaient un moins bon pronostic quant à l'apparition d'autres maladies athérosclérotiques dans les trois années suivantes. La preuve de la causalité fait globalement défaut à ce jour.

Il est urgent pour nous, médecins, d'en savoir plus et de mieux comprendre les effets nocifs des micro- et nanoplastiques sur la santé. En l'absence de données et de preuves, ni la minimisation ni l'alarmisme ne sont justifiés.

1 Nat Med. 2024, doi.org/10.1038/s41591-024-02968-x.
2 Front Public Health. 2023, doi.org/10.3389/fpubh.2023.1103289.
3 N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2309822.
Rédigé le 30.4.24_MK