

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Stéatohépatite non alcoolique

Le resmétirom freine-t-il la progression?

Une stéatohépatite non alcoolique (NASH) avec fibrose hépatique évolue vers une cirrhose et/ou un carcinome hépatocellulaire. Le resmétirom, un agoniste oral des récepteurs des hormones thyroïdiennes, semble être le premier médicament capable de freiner cette évolution fatale. Dans une étude soutenue par le fabricant, sur 1000 personnes avec NASH + fibrose, $\frac{2}{3}$ ont été traitées avec 80 ou 100 mg de resmétirom et $\frac{1}{3}$ avec un placebo pendant un an. Les données étaient basées sur des biopsies du foie. Un arrêt de l'activité inflammatoire de la NASH sans progression de la fibrose a été observé dans 26–30% des cas et une régression de la fibrose sans augmentation de l'activité inflammatoire de la NASH dans 24–26% des cas, contre respectivement 10 et 14% sous placebo. Les diarrhées et les nausées étaient plus fréquentes sous resmétirom.

N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2309000.
Rédigé le 7.5.24_MK

Plaque sans sténose

Intervention coronarienne judicieuse?

Les plaques coronaires riches en lipides risquent de se rompre et de provoquer une occlusion aiguë du vaisseau par un thrombus. Ces plaques «vulnérables» ne sont souvent pas sténosantes, mais sont néanmoins reconnaissables à l'angiographie coronaire. Une intervention coronarienne (IC) sur ces plaques non sténosantes est-elle pertinente? 1606 personnes ont été randomisées 1:1 pour être traitées par IC + médicaments ou uniquement par médicaments. Le critère d'évaluation combiné décès-infarctus du myocarde-revascularisation-hospitalisation à deux ans est survenu dans 0,4% des cas dans le groupe d'intervention et dans 3,4% des cas dans le groupe de traitement médicamenteux ($p = 0,0003$). La fréquence des effets indésirables pertinents était similaire. Il s'agit de la première grande étude justifiant une IC sur des plaques vulnérables non sténosantes.

Lancet. 2024, doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00413-6.
Rédigé le 7.5.24_MK

PTT

Administration précoce de caplacizumab

Le purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) est dû à l'activité accrue du facteur de von Willebrand (FvW), qui entraîne une agrégation plaquettaire excessive et la formation de microthrombi. Le traitement fait appel au caplacizumab (Cab), un anticorps monoclonal qui se lie au FvW et bloque ainsi l'agrégation plaquettaire. Le Cab réduit la durée du PTT, mais semble prolonger le délai jusqu'à normalisation de la fonction du FvW. Une analyse de 113 poussées de PTT montre que l'administration précoce de Cab ≤ 3 jours après le diagnostic, par rapport à l'administration tardive de Cab après > 3 jours, réduit la durée du traitement concomitant par échanges plasmatiques de 20 à 11 jours. Ni l'administration précoce ni l'administration tardive ne prolongent le délai jusqu'à normalisation de la fonction du FvW.

Blood. 2024, doi.org/10.1182/blood.2023022725.
Rédigé le 7.5.24_MK

CME

Coccygodynie

- La coccygodynie désigne des douleurs chroniques tenaces dans la région du coccyx. Elle est fréquente et souvent ignorée [1]. Le rapport femme/homme est d'environ 4:1.
- Les déclencheurs connus sont les traumatismes verticaux dus à une chute sur le coccyx, l'accouchement et les microtraumatismes dus par exemple à la pratique du vélo ou de la moto ou à une position assise prolongée dans une mauvaise posture (maladie de la télévision). Dans la moitié des cas, aucun déclencheur certain n'est identifié.
- Les facteurs de risque sont l'obésité, qui prédispose à une mauvaise position as-

sisée, ou une perte de poids rapide, ainsi qu'une hypermobilité du coccyx.

- Le diagnostic est clinique. Il y a une typique des douleurs en position assise, accentuées lors des changements de position, notamment lors de l'inclinaison vers l'arrière. La douleur est reproductible à la palpation externe ou rectale du coccyx.
- La radiographie est un examen de routine après un traumatisme, afin d'exclure une fracture ou une luxation.
- Souvent, les douleurs disparaissent sans traitement après plusieurs semaines ou mois. Il est toutefois judicieux de traiter avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens locaux ou oraux et de diminuer la pression [2]. Ce traitement conservateur est efficace dans 90% des cas.

- La pression est réduite en évitant de s'asseoir ou en utilisant un coussin d'assise approprié qui ménage l'ischion. Un coussin en biseau avec effilement vers l'arrière peut aussi être utilisé.
- Si les douleurs persistent, le traitement par une ou un spécialiste de la douleur est judicieux: mobilisation manuelle des articulations, infiltration de stéroïdes, blocage du ganglion impar, bloc péridural.
- Si ces mesures échouent également, la résection chirurgicale du coccyx est indiquée après exclusion d'un processus malin du coccyx par imagerie par résonance magnétique.

1 Z Rheumatol. 2023, doi.org/10.1007/s00393-022-01254-w.
2 Swiss Med Forum. 2021, doi.org/10.4414/smfm.2021.08671.
Rédigé le 7.5.24_MK

Connaissances médicales

«Do not worry about machine learning...»

... worry more about how you can become a learning machine» [1]. Ainsi conclut l'éditorialiste d'une étude sur l'influence des connaissances médicales sur la précision du processus diagnostique et les erreurs cognitives (biais) et les place de manière pointue dans le contexte des possibilités et limites de l'intelligence artificielle (IA).

Les erreurs diagnostiques résultent le plus souvent d'un raisonnement clinique erroné. Mais le cheminement vers le bon diagnostic est-il déterminé par nos connaissances médicales ou plutôt par des processus cognitifs (intuition vs. analyse)? Cette question a été abordée dans une étude bien pensée [2]: dans une première phase, des médecins assistants (MA) internistes ont dû se remémorer les principaux faits de six entités différentes (entre autres carence en vitamine B₁₂, insuffisance surrénale et endocardite). Selon les résultats, ils ont été répartis en deux groupes, l'un avec des connaissances élevées et l'autre avec des connaissances faibles («high knowledge» [HK] et «low knowledge» [LK]). Dans une deuxième phase, les MA ont été confrontés à des vignettes cliniques, dont la moitié étaient dotées d'une caractéristique particulière («saillant distracting feature» [SDF]) qui devait les mettre sur une fausse piste, à savoir un diagnostic incorrect.

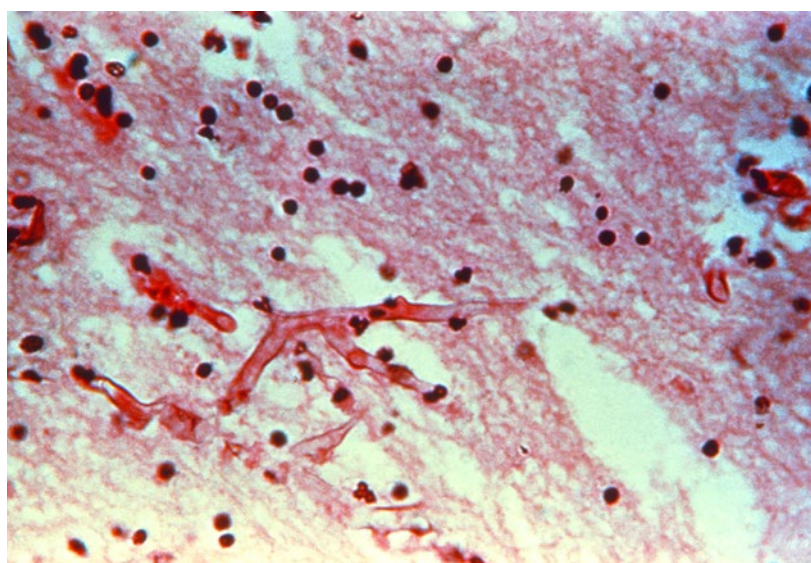
Quels ont été les résultats des deux groupes? Pour les vignettes sans SDF, il n'y avait aucune différence dans la précision diagnostique entre les MA-HK et les MA-LK. Mais dans les cas avec SDF, les MA-LK ont plus souvent posé un diagnostic erroné. En outre, le temps nécessaire pour parvenir à un diagnostic a été mesuré: pour les vignettes avec SDF, les deux groupes ont eu besoin de plus de temps. La différence dans le succès du diagnostic ne semble donc pas être due à des processus cognitifs, mais en premier lieu aux connaissances. Cela semble évident: qui ne sait pas que la fièvre, le souffle cardiaque et les hémorragies en flammèches indiquent une endocardite n'arrivera pas au bon diagnostic, même après une analyse aussi longue soit-elle. Bien sûr: avec l'IA et des grands modèles de langage, la mobilisation rapide des faits médicaux peut perdre de son importance. Toutefois, les connaissances médicales resteront indispensables pour résoudre les problèmes diagnostiques.

1 BMJ Qual Saf. 2024, doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017141.

2 BMJ Qual Saf. 2024, doi.org/10.1136/bmjqs-2023-016621.

Rédigé le 9.5.24_HU

Quiz



© CDC/ Dr Lucille K. Georg, 1968

Mucormycose: filaments fongiques dans une biopsie tissulaire.

Diabète et rhinosinusite aiguë

Imaginez la vignette suivante (inspirée de [1, 2]: Un patient de 40 ans avec diabète sucré de type 2 connu et mal contrôlé (HbA_{1c} 15%) se présente avec une faiblesse marquée, des céphalées rétro-orbitaires, de la fièvre (39 °C), une pression artérielle de 125/75 mm Hg, un pouls de 95/min, une fréquence respiratoire de 24/min et une saturation en oxygène de 96% en air ambiant. L'examen physique révèle une tuméfaction livide maxillaire droite et une exophtalmie de l'œil droit. Les paramètres inflammatoires sont élevés: leucocytes 13,4 G/l (norme 4–11 G/l), protéine C réactive 230 mg/l (norme <5 mg/l). Une tomodensitométrie de la tête et du cou montre un gonflement de l'orbite droite et des altérations inflammatoires au sens d'une sinusite maxillo-ethmoïdale droite prononcée. Les muqueuses nasales sont recouvertes d'une croûte noire («black eschars»).

Quel diagnostic suspectez-vous?

- A) Phlegmon facial
- B) Fasciite nécrosante
- C) Mucormycose rhinocérébrale
- D) Anthrax cutané

L'histopathologie de la biopsie de la muqueuse montre des hyphes non cloisonnés (cf. figure) en rubans («ribbon formations») avec angio-invasion et nécroses tissulaires: il s'agit d'une mucormycose. La mucormycose rhinocérébrale (synonyme: zygomycose) est une infection rare mais grave due à des champignons opportunistes du groupe des *Mucorales* (entre autres *Mucor*, *Rhizopus*, *Rhizomucor*). Les spores sont inhalées et se propagent rapidement en cas de déficit immunitaire. Le nez, les sinus paranasaux et le cerveau sont principalement touchés. Les facteurs prédisposants incluent diabète sucré mal contrôlé, corticothérapie, hémochromatose et traitement par chélateurs du fer, infection par le VIH, neutropénie, transplantation d'organes solides et néoplasies hématologiques.

En raison de l'évolution grave avec une mortalité élevée (25–62%), un diagnostic et un traitement rapides sont décisifs. De l'amphotéricine B liposomale doit être administrée dès la suspicion, puis prolongée après confirmation du diagnostic, en général pendant 4–6 semaines ou selon la réponse clinique. Les tissus infectés doivent faire l'objet d'un débridement chirurgical.

1 JAMA. 2024, doi.org/10.1001/jama.2024.0642.

2 N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMcm2309352.

Rédigé le 9.5.24_HU