

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Déception

Le D-mannose au banc d'essai

Le D-mannose est prescrit en prévention des infections urinaires (IU) récidivantes chez la femme. Cette pratique a été évaluée dans une première étude randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo, menée dans 99 cabinets de médecine de premier recours. 598 femmes (âge Ø 58 ans) avec deux IU dans les six derniers mois ou trois IU dans les douze derniers mois ont reçu 2 g de D-mannose (303) ou un placebo (295) par jour. En six mois, 51% des femmes du groupe mannose et 55,7% de celles du groupe contrôle ont signalé de nouveaux symptômes. La différence n'était pas significative ($p=0,26$). Ni la durée des symptômes, ni la fréquence d'utilisation d'antibiotiques ou d'hospitalisation ne différaient. Le D-mannose ne devrait pas être prescrit en prévention des IU récidivantes.

JAMA Intern Med. 2024,
doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0264.
Rédigé le 11.6.2024_MK

Incidence et mortalité

Ventilation mécanique en Allemagne

Cette étude a analysé 1 003 882 personnes ventilées mécaniquement dans des unités de soins intensifs en Allemagne entre 2019 et 2022. Dans 1/3 des cas à chaque fois, la ventilation mécanique consistait en une ventilation non invasive, en une ventilation invasive avec intubation et en des formes mixtes. L'incidence pour 100 000 habitantes et habitants augmentait avec l'âge; chez les >80 ans, elle était >1%. La létalité hospitalière était de Ø 43,3%. Elle était de 50–70% chez les >80 ans, de 53,7% en cas de COVID-19 et de 53,4% chez les personnes intubées. Les coûts annuels étaient d'environ 6 milliards d'euros. Ces taux d'incidence et de létalité très élevés sur le plan mondial sont influencés par les facteurs suivants: 1. nombre suffisant de lits de soins intensifs, 2. forte incitation financière à les occuper, 3. proportion élevée de personnes de >80 ans.

Lancet. 2024, doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100954.
Rédigé le 10.6.2024_MK

État confusionnel aigu

Facteur de risque de démence

L'état confusionnel aigu (ECA) est un trouble sévère des fonctions cognitives qui se développe le plus souvent au cours d'une maladie aiguë ou d'une opération. Il est associé à une mortalité accrue, à une hospitalisation prolongée et à un taux plus élevé de transfert en établissement médico-social. Il a été évalué chez 55 211 personnes de >65 ans avec ECA si la survenue d'une démence était plus fréquente. Un groupe d'âge moyen de 83,4 ans, avec autant d'hommes que de femmes, a été comparé à un groupe contrôle similaire sans ECA. Après une période d'observation de cinq ans, les nouveaux diagnostics de «démence» étaient 3× plus fréquents. Chaque nouvel épisode d'ECA augmentait le risque de 20% supplémentaires. L'association était plus nette chez les hommes. Il est permis de supposer qu'il existe un lien de cause à effet.

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj-2023-077634.
Rédigé le 10.6.2024_MK

CME

Syndrome d'hyperémèse cannabinoïde

- Le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde (SHC) est un effet secondaire de l'usage chronique de cannabis peu pris en compte jusqu'à présent. Sa fréquence est en augmentation.
- Il se caractérise par des vomissements violents en jets avec nausées 10–20×/jour et des douleurs abdominales épigastriques et périombilicales. C'est une forme particulière du syndrome des vomissements cycliques.
- La physiopathologie des vomissements reste incertaine. Le cannabis stimule les récepteurs cannabinoïdes (CB1) présents dans le cerveau et l'intestin. Paradoxalement,

l'activation des récepteurs CB1 a cependant un effet antiémétique. Le rôle étiologique du cannabis dans le SHC est actuellement encore mis en doute.

- Le SHC touche principalement des hommes âgés en moyenne de 30 ans. L'abus de cannabis s'étend le plus souvent sur 5–10 ans, mais certainement sur >1 an et plusieurs fois par semaine.
- Le SHC survient >3× par an, avec une absence de symptômes entre les épisodes.
- Le tableau clinique du SHC est impressionnant. L'abdomen aigu, la pancréatite et l'infarctus mésentérique sont des diagnostics différentiels importants, mais la migraine aiguë et la grossesse doivent aussi être envisagées. L'abdomen est cependant souple, l'imagerie et les enzymes hépatiques/pancréatiques sont normales.

- Un indicateur infaillible du SHC, même s'il n'est pas pathognomonique, est le séjour prolongé – parfois incessant – dans l'eau chaude (douches/bains), qui soulage les symptômes.
- Le syndrome disparaît en cas d'abstinence de cannabis pendant plusieurs mois. Un arrêt brusque est toutefois déconseillé en raison des symptômes de sevrage et du risque élevé de récurrence.
- Le traitement inclut une réhydratation intensive et une tentative d'utilisation des antiémétiques habituels. Ces derniers sont malheureusement souvent peu efficaces. L'halopéridol ou la capsaïcine topique en application abdominale sont des alternatives intéressantes.

Gastroenterology. 2024,
doi.org/10.1053/j.gastro.2024.01.040.
Rédigé le 10.6.2024_MK

Traitement inhalé en cas de BPCO

Il y a de la marge

L'adhérence thérapeutique aux médicaments inhalés est notoirement mauvaise. Cela concerne l'utilisation ou la non-utilisation, l'application correcte et l'usage de dispositifs adéquats. Dans les années 1990 déjà, une étude américaine montrait que 54% des personnes souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) utilisaient leurs médicaments trop rarement et que 31% avaient une technique d'inhalation inefficace [1]. Peu de choses semblent avoir changé. Au contraire: une petite étude randomisée menée dans un hôpital cantonal suisse – primée lors du congrès de printemps de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) – montre que plus de 60% des dispositifs d'inhalation ne sont pas utilisés correctement à la sortie de l'hôpital [2]. Point positif: une intervention appropriée (formation!) a réduit le taux d'erreur à environ 20%.

Ont été inclus 93 patientes et patients avec BPCO connue et traitement inhalé déjà établi – 47 dans le groupe d'intervention, 46 dans le groupe contrôle. Dans la plupart des cas, l'hospitalisation était due à un problème respiratoire (par ex. exacerbation aiguë). En moyenne, 1,9 dispositif/personne a été utilisé – dans le groupe d'intervention, le nombre de dispositifs utilisés diminuait pendant l'hospitalisation (1,7/personne); dans le groupe contrôle, il augmentait (2,1/personne). Le débit inspiratoire de pointe (DIP), c'est-à-dire le volume d'air maximal pouvant être inhalé en une inspiration profonde, a en outre été mesuré chez tous les participants et participantes. Il s'agit d'un indicateur de substitution majeur du dépôt correct de la substance active dans les bronches (inhalation sèche!). 16% des sujets du groupe contrôle ont utilisé de la poudre sèche pour l'inhalation malgré un DIP inadéquat. Du fait de cette prévalence non négligeable, il convient de se demander s'il ne faudrait pas passer de manière pragmatique et générale à une inhalation humide en cas d'hospitalisation aiguë. L'intervention n'a pas eu d'effet sur la durée d'hospitalisation et le taux de réhospitalisation n'a pas été étudié. En outre, on ignore dans quelle mesure les effets de la formation sont durables, c'est-à-dire si les techniques apprises sont appliquées correctement en ambulatoire et pendant combien de temps.

1 Chest. 1991, doi.org/10.1378/chest.99.4.837.

2 Swiss Med Wkly. 2024, doi.org/10.57187/s.3394.

Rédigé le 11.6.24_HU

Fever and Inflammation of Unknown Origin



© Ocskay Mark / Dreamstime

FUO – recommandations de consensus pour un défi diagnostique.

Recommandations de consensus internationales

Il existe diverses définitions, procédures diagnostiques et approches thérapeutiques pour la fièvre et l'inflammation d'origine inconnue («fever of unknown origin» [FUO] et «inflammation of unknown origin» [IUO]). 26 expertes et experts ont élaboré cinq recommandations de consensus pour le quotidien clinique à l'aide de la méthode Delphi – une procédure de consultation itérative systématique:

1. Aspects épidémiologiques: Il est recommandé de tenir compte de la prévalence géographique des maladies et de l'anamnèse de voyage lors du choix des tests diagnostiques.

2. Critères minimaux de définition: Une FUO présuppose une fièvre ($>38,3^{\circ}\text{C}$) pendant plus de trois semaines, des tests diagnostiques standards non concluants et une immunocompétence; par analogie, une IUO présuppose des valeurs inflammatoires élevées (protéine C réactive $>30\text{ mg/l}$, vitesse de sédimentation $> \text{âge}/2$ chez les hommes ou $> [\text{âge}+10]/2$ chez les femmes) sans fièvre et un diagnostic incertain malgré trois jours d'examen hospitaliers ou trois consultations ambulatoires. Une tomodensitométrie normale du thorax, de l'abdomen et du bassin devrait faire partie des critères diagnostiques minimaux.

3. Examens: Si les critères diagnostiques minimaux sont remplis, une TEP-TDM* doit être réalisée comme modalité diagnostique précoce. La probabilité de rémission spontanée est environ 6× plus élevée en cas de TEP-TDM négative qu'en cas de résultat positif.

4. Classification: Les maladies associées à une FUO/IUO devraient être classifiées en cinq catégories diagnostiques: infectieuses, inflammatoires non infectieuses, oncologiques, entités mixtes et maladies non diagnostiquées.

5. Traitement empirique: Les antimicrobiens, corticoides et anti-inflammatoires devraient être utilisés en réserve – lorsque l'évaluation diagnostique est terminée et non concluante et qu'un avantage peut être attendu par rapport à une attitude purement expectative. Il convient de noter qu'environ la moitié de toutes les FUO ou IUO restent inexplicables – les cas sans diagnostic malgré des examens intensifs et une observation prolongée ont cependant en général un bon pronostic.

* TEP-TDM: tomographie par émission de positons-tomodensitométrie

Open Forum Infect Dis. 2024, doi.org/10.1093/ofid/ofae298.

Rédigé le 12.6.24_HU