



## Et ailleurs...?

### Appendicite aiguë: antibiotiques ou scalpel?

#### La question

Quatre études ont jusqu'ici comparé les résultats du traitement par antibiotiques (AB) à la chirurgie en cas d'appendicite aiguë. Mais souvent, les critères de diagnostic n'étaient pas clairs et parfois de nombreuses violations de protocole ont rendu les résultats peu fiables. La question du titre reste donc posée.

#### La méthode

Cette étude française de non-infériorité du traitement AB comparé à la chirurgie (par laparoscopie ou classique) a inclus 120 patients dans le groupe AB et 119 dans le groupe chirurgie par randomisation. Le diagnostic était posé essentiellement par CT scan. L'AB était l'amoxicilline/acide clavulanique, 3 g par jour pour les patients dont le poids était <90 kg et 4 g pour les plus de 90 kg, administrés oral ou intraveineux pendant 8 jours sauf si une leucocytose persistante ou un CRP exigeaient 8 jours de plus. Dans le groupe AB, la non-résolution des douleurs abdominales à 48 heures imposait l'appendicectomie. L'issue primaire était la présence d'une péritonite ou non à 30 jours.

#### Les résultats

14 patients du groupe AB n'ayant pas répondu favorablement ont été opérés dans les 30 jours avec la présence d'une péritonite chez 9 d'entre eux contre 2 patients du groupe chirurgie. Après une année, 81 patients (68%) du groupe AB n'ont *pas* dû être opérés. A noter que la présence d'un stercolith (~20% des patients) prédit une appendicite compliquée et la nécessité d'une intervention et que 18% des patients opérés ont du recevoir des AB à cause de la présence d'une appendicite compliquée.

#### Les problèmes

Cette étude a été très bien faite mais le problème principal réside dans le choix de l'AB opté pour son efficacité dans les sigmoïdites. En effet, la majorité des appendicites aiguës sont provoquées par *E. coli* qui résiste de plus en plus à la combinaison amoxicilline/acide clavulanique. Actuellement, une céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération paraît un meilleur choix. A signaler que 10% des patients ont été perdus à une année.

#### Commentaire

La chirurgie reste clairement le premier choix de l'appendicite aiguë. En effet, près de 25% des patients du groupe AB ont dû être opérés dans l'année qui a suivi l'épisode initial. Mais l'AB n'est pas d'emblée à écarter pour des patients qui refuseraient l'intervention sauf si on découvre un stercolith au CT scan, trouvaille prédictive d'une appendicite compliquée qui devra être opérée.

Lancet. 2011;377:1573. / AdT

**Scintigraphie cardiaque (SC): danger!** La SC a crû de manière exponentielle entre 1990 et 2002, aux Etats-Unis passant de 3 millions d'examen à 9 millions. Plus de 1000 patients subissant une SC pendant les 100 premiers jours de 2006 ont subi une médiane de 15 examens supplémentaires impliquant une source de rayonnements ionisants. 1/3 a reçu 100 mSv (!), dose associée à un risque significatif de cancer. 1/3 des SC a été effectué chez des patients asymptomatiques, donc peu susceptibles d'apporter un bénéfice clinique. Motivation? Argent? Médecine défensive (typique aux Etats-Unis)? Ces procédures devraient être plus clairement surveillées... JAMA. 2010;304:2137. / AdT

**Infarctus du myocarde postopératoire: mauvais pronostic...** Lors d'interventions chirurgicales non cardiaques, la survenue d'un infarctus du myocarde n'est pas rare. 1351 patients ont été inclus dans cette étude de cohorte. Dans les 30 jours postopératoires, 451 patients (5%) ont subi un infarctus, 74% dans les premières 48 heures. Etonnamment, 65% n'ont présenté aucun symptôme d'ischémie avant l'infarctus. La mortalité a été de 11,6% vs 2% pour les malades sans infarctus. A surveiller particulièrement par des dosages répétés de troponine (puisque beaucoup de ces patients sont asymptomatiques) les insuffisants rénaux avec une créatinine >175 mmol/l (Odds Ratio ou rapport des cotes 4,33), les malades opérés en urgence (OR 2,94) et les malades avec une hémorragie grave (OR 3,62). La mortalité est élevée: 11,6% vs 2% pour les malades sans infarctus. On devrait se rappeler ces chiffres avant toute intervention!

Ann Int Med. 2011;154:523. / AdT

**Hémodialyse chronique: mortalité.** Sur un suivi médian de 5,18 ans de 266 patients d'une unité de dialyse d'un hôpital universitaire, on enregistre une survie à 1, 3 et 5 ans de 88%, 68% et 46% respectivement. L'adéquation des dialyses, le contrôle de l'anémie, de l'état de nutrition et de la pression artérielle pré-dialyse n'ont pas été analysés. Si l'hémodialyse sauve des vies la mortalité reste élevée, surtout chez les patients âgés souffrant de comorbidités et qui sont de plus en plus acceptés dans les programmes d'épuration extrarénale. L'amélioration de ces chiffres, un peu déprimants, reste un défi...

Swiss Med Weekly. 2011;141:16. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)