



Et ailleurs...?

Fibrillation auriculaire (FA) infraclinique et accident vasculaire cérébral (AVC)

La question

On sait que environ 15% des AVC sont dus à la FA et 50 à 60% à l'athéromatose des vaisseaux cérébraux. Environ 25% sont d'origine inconnue. Les épisodes de FA infraclinique en sont-ils responsables?

La méthode

2580 patients de >65 ans, hypertendus chez qui un pace-maker ou un défibrillateur implantable a été posé, ont été suivis pendant 2,5 ans. 23 pays ont participé à l'étude. Pendant 3 mois après l'implantation, les épisodes de FA ou de tachyarythmie définis comme une fréquence auriculaire >190/min durant plus de 6 minutes ont été enregistrés par les appareils. On a comptabilisé ensuite la survenue d'embolies périphériques et d'AVC pendant la durée de l'étude.

Les résultats

Durant les premiers 3 mois après l'implantation, 261 patients (10,1%) ont présenté au moins un épisode de FA infraclinique. Durant le reste de la période d'observation, 633 patients de plus (24,5%) ont eu une FA infraclinique. La présence de FA infraclinique ou de tachyarythmie durant les premiers 3 mois ont augmenté le risque d'AVC de 2,5% par rapport aux patients sans épisode de FA infraclinique (11 patients sur 261, $p = 0,007$). Plus la durée des épisodes était longue plus le risque était grand. Le taux annuel était de près de 5% pour des épisodes de >18 heures. A noter encore que le risque qu'une FA clinique (stable) survienne est 5,6 fois plus grand chez les patients ayant présenté un épisode de FA infraclinique durant les premiers trois mois.

Les problèmes

Il s'agit d'une population relativement âgée, hypertendue ayant nécessité la pose soit d'un stimulateur soit d'un défibrillateur. Les résultats ne sont peut-être pas applicables dans une population plus «saine» dont on ne connaît pas, par définition, le taux de FA infraclinique. On ne sait pas non plus si tous les AVC d'origine inconnue sont dus à la FA infraclinique.

Commentaires

Cette étude confirme que la survenue d'épisodes de FA infraclinique plus que double le risque d'AVC ou d'embolies périphériques. Faut-il alors anticoaguler tous les patients >65 ans porteurs d'un stimulateur ou d'un défibrillateur? L'éditorialiste du N Engl J Med pense que non et que l'utilisation du score CHADS₂ suffit à sélectionner les patients ayant besoin d'une anticoagulation. Mais ce n'est qu'une opinion et la question reste posée. Elle devra être résolue par une ou des nouvelles études!

N Engl J Med. 2012;366:120. / AdT

Néphroprotection et diabète: première déception! Le sulodexide, un glycosaminoglycan dont on pensait qu'il permettait de diminuer la perte urinaire d'albumine via une modification du gradient électrique de la barrière glomérulaire et un effet antiinflammatoire local, a été récemment évalué dans une large étude randomisée pour sa capacité à prévenir la progression de la néphropathie diabétique chez des patients ayant déjà une protéinurie marquée. Les résultats, décevants, concluent à l'absence de bénéfice après un suivi moyen de 11 mois.

J Am Soc Nephrol. 2012;23:123-30. / FS

Néphroprotection et diabète: deuxième déception! Autre déception: la pyridorin est un dérivé de la vitamine B₆ inhibant la formation des AGE, c'est-à-dire les produits de la glycosylation excessive dont l'effet délétère sur le rein est connu. Une étude randomisée prospective n'a pu toutefois en montrer le bénéfice sur la fonction rénale de patients diabétiques avec une insuffisance rénale après 12 mois de traitement. Des analyses de sous-groupes semblent toutefois montrer un bénéfice chez les patients dont l'insuffisance rénale était initialement la moins sévère, laissant ainsi de la place pour de futures études...

J Am Soc Nephrol. 2012;23:131-6. / FS

Co-morbidités n'est pas synonyme de complexité.

Quarante médecins de premier recours ont revu les dossiers de 4300 patients de leur consultation. Environ 25% de ceux-ci sont jugés comme étant des situations complexes. L'âge, le diabète mal contrôlé, l'utilisation d'antipsychotiques, les pathologies liées à l'alcool et les problèmes asséurologiques sont des déterminants indépendants de la complexité des cas. Cette complexité est jugée comme multidimensionnelle et la désignation de simples comorbidités est insuffisante pour identifier ces cas complexes. En conclusion, ce n'est pas la valeur du point, ni les DRG qui vont permettre de reconnaître le travail accompli par le médecin de premier recours dans la gestion difficile de cette complexité!

Ann Intern Med. 2011;155(12):797-804. / GW

Auteurs: Antoine de Torrenté (AdT), Fabien Stucker (FS), Gérard Waeber (GW)