Et ailleurs…?

Infarctus du myocarde: pas d'égalité des sexes!

La question
Bien des patients font des infarctus dits «silencieux» c.-à-d. sans douleur thoracique, dans les mâchoires, le cou ou les épaules. Ces patients arrivent plus tard à l'hôpital, sont traités moins agressivement et ont une mortalité à court terme presque double de celle des patients à présentation «classique». Chez les jeunes femmes l'absence de douleur thoracique lors d'un IM est-elle aussi associée à une mortalité plus élevée?

La méthode
Cette étude examine le parcours clinique entre 1994 et 2006 de plus de 1 million de patients souffrant d'infarcts du myocarde (IM), dont 42% de femmes, grâce au registre national des IM. Cette immense base de données américaine est sponsorisée par l'industrie. C'est la plus grande au monde. Le diagnostic d'IM a été posé par des symptômes ischémiques si présents, l'élévation d'enzymes cardiaques, des changements typiques à l'ECG, une scintigraphie cardiaque ou l'autopsie.

Les résultats
Les femmes se présentent à l'hôpital à un âge plus avancé que les hommes: en moyenne 74 ans versus 66,5. 42% (!) des femmes n'ont pas de douleurs thoraciques versus 30,7% des hommes (p <0,001). Mais plus l'âge avance plus cette différence s'amenuise: avant 45 ans, l'odds ratio (OR, rapport des chances) pour l'absence de douleur est de 1,3 pour les femmes comparé aux hommes et à >75 ans il tombe à 1,03. La mortalité hospitalière globale s'élève à 14,6% pour les femmes et à 10,3% pour les hommes. Mais pour les femmes <45 ans, elle est de 15,3% pour les présentations «silencieuses» versus 2% pour une présentation classique. Pour les hommes <45 ans, ces chiffres sont de 10,2 versus 1,3%.

Les problèmes
Il est difficile de résumer l'immense masse de données générées par >1 million de patients! On devrait encore parler de la taille de l'hôpital qui accueille les patients, du statut socio-économique, de l'influence des traitements, etc. Il est vrai que le nombre absolu de femmes <45 ans (15 236) est nettement plus faible que celui des femmes de >60 ans mais il reste suffisamment haut pour valider les conclusions.

Commentaires
A noter: les femmes subissent moins de pontages que les hommes (c'est probablement en train de changer). Les femmes et hommes avec un IM silencieux reçoivent les traitements usuels avec plus de 24 heures de retard. Restent deux questions non abordées dans l'article: comment faire pour poser le diagnostic d'IM chez quelqu'un d'asymptomatique et combien de patients asymptomatiques n'arrivent jamais à l'hôpital?

JAMA. 2012;307:813. / AdT

Polypectomie et cancer colo-rectal: cela vaut la peine! La «National Polyp Study» américaine a suivi prospectivement 2602 patients entre 1980 et 1990 ayant subi l'ablation d'un ou plusieurs polypes. Après un suivi de plus de 16 ans, 12 patients sont décédés de cancer colo-rectal soit environ la moitié (–53%) de la mortalité générale attendue pour le cancer colo-rectal (25 décès attendus). Problème: c'est une étude observationnelle et la mortalité dans le groupe «contrôle» est présumée. Mais l'avantage semble certain tout de même.
N Engl J Med. 2012;366;687. / AdT

Stupidité administrative: conséquences mortelles. Medicare est le système d'assurance géré par le Gouvernement américain pour les personnes >65 ans ou économiquement faibles. Chez les patients <65 qui reçoivent un transplant rénal, Medicare stoppe brutalement le remboursement des frais d'immunosuppression sous prétexte que les patients ayant survécu peuvent retrouver du travail et payer leurs médicaments. Résultat: à 10 ans 60% de décès. Dans les pays où les médicaments sont payés à vie: 43%. Non-assistance à personne en danger?
N Engl J Med. 2012;366:586. / AdT

Epilepsie: i-v ou i-m? Il est parfois très difficile de trouver une veine en urgence pour injecter une benzodiazépine chez un malade qui convulse. Cette étude a comparée 10 mg de midazolam (Dormicum® intra-musculaire à l'injection intraveineuse de 4 mg de lorazepam (Temesta®). Les convulsions s'arrêtent plus vite dans le groupe i-m parce que les paramédics (infirmiers spécialisés aux Etats-Unis) perdent moins de temps pour l'injection i-m (1,2 minutes) que pour trouver une veine (4,8 minutes). Donc dans la trousse d'urgence: 10 mg de midazolam i-m!
N Engl J Med. 2012;366:591. / AdT

Maladies cardiovasculaires et risque à vie. Dans une métaanalyse de plus de 250 000 personnes, 4 facteurs de risque cardio-vasculaires ont été pris en compte: cholestérol total, pression artérielle, tabagisme et diabète. Chez les patients de 55 ans suivis jusqu'à 80 ans correspondant au profil idéal (cholestérol <4,7 mmol/l, TAS syst. <120, TA diast. <80, absence de tabac et de diabète), le risque cardiovasculaire à vie est de 4,7 contre 30% pour les hommes qui présentent 2 ou plus facteurs de risque, 6,4 contre 20,5% pour les femmes. Choisissez votre camp!
N Engl J Med. 2012;366:321. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)