



Et ailleurs...?

Arthrite rhumatoïde au début: prednisone ou pas?

La question

L'arthrite rhumatoïde (AR) doit être traitée le plus rapidement possible dès le diagnostic posé. C'est dans cette fenêtre thérapeutique que se situe la plus grande opportunité de rémission. Le méthotrexate (M) est un des traitements classiques de l'AR. L'adjonction de prednisone (P) permet-elle une meilleure réponse clinique et une diminution des érosions osseuses?

La méthode

Cette étude randomisée, en double aveugle contre placebo a inclus 119 patients avec une AR au début traités par M 10 mg/semaine comme dose initiale et 117 patients traités par M+P (10 mg/j). Le dosage de M était ajusté suivant des critères prédéfinis, entre autres: nombre d'articulations enflammées (0 à 38), échelle analogique de bien-être, VS, CRP. Si ces critères prédéfinis n'étaient pas respectés après 4 semaines les patients recevaient soit de la ciclosporine ou de l'adalimumab. L'étude a duré 2 ans. L'issue primaire était la présence d'érosions osseuses radiologiques et de pincements articulaires évalués par 2 scores (0 à 448).

Les résultats

32 patients du groupe M et 34 patients du gr. M+P n'ont pas terminé l'étude. A 2 ans, 78% des patients M+P n'avaient aucune érosion osseuse contre 67% du gr. M seul ($p = 0,001$). Les autres indices d'activité de la maladie se sont améliorés d'avantage dans le gr. M+P que dans le gr. M. Chez les patients qui avaient atteint une rémission, celle-ci est survenue après 6 mois dans le gr. M+P et après 11 mois dans le gr. M ($p < 0,001$). La dose de M/semaine a été significativement plus petite dans le gr. M+P. 15% des patients du gr. M+P ont nécessité l'adjonction d'un traitement d'appoint contre 41 du gr. M ($p < 0,001$).

Les problèmes

Le nombre d'effets secondaires (non rapportés ici) ont été relativement nombreux. Seule une pneumonie est survenue dans le gr. M. Les patients ont été suivis de manière très serrée, 1x/mois en utilisant une batterie de tests d'évaluation. Un suivi aussi serré ne semble possible que dans le cadre d'une étude et difficile dans la vie de tous les jours. Mais dans la pratique on peut bien sûr utiliser ces résultats!

Commentaires

Dans une maladie aussi chronique et invalidante que l'AR, tout délai supplémentaire dans l'apparition des érosions osseuses, qui vont favoriser encore plus l'inflammation, est bon à prendre. Les autres traitements de l'AR (anti-TNF) sont également efficaces mais extrêmement coûteux et parfois grevés d'effets secondaires graves. Selon cette étude, il semble donc logique que le traitement de l'AR débute par l'association de M+P!

Ann Int Med. 2012;156:329. / AdT

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et maladies inflammatoires de l'intestin. Encore une étude tirée de la cohorte des infirmières américaines. Plus de 76000 ont été suivies entre 1990 et 2008. Celles qui utilisent des AINS plus de 15 jours/mois ont un ratio de risque de 1,6 de développer un Crohn ou une rectocolite. Mais le nombre absolu est faible: 123 cas de Crohn et 117 cas de rectocolite pour 1,3 million de personnes-années. L'aspirine ne paraît pas en cause. Association fortuite?

Ann Int Med. 2012;156:350. / AdT

Cellules myocardiques en culture et injectées post-infarctus: régénération du myocarde? Des cellules myocardiques obtenues par biopsies du ventricule droit et mises en culture forment de petits amas sphériques: les cardiosphères. L'injection intracoronaire post-infarctus de cellules dérivées des cardiosphères permet une réduction significative de la cicatrice: -12,3% par rapport aux contrôles à 12 mois ($p = 0,007$). La masse fonctionnelle du myocarde augmente mais curieusement pas la fraction d'éjection. On progresse dans la médecine régénérative mais le prix restera un obstacle à l'application à grande échelle...

Lancet. 2012;379:895. / AdT

Chromosome Y et maladie coronaire. A âge égal, les hommes ont plus de maladies coronaires que les femmes. Serait-ce dû à un facteur génétique hérité par le chromosome Y transmis exclusivement de père en fils? Des haplotypes situés sur la partie mâle du chromosome Y (la partie courte) ont été déterminés chez plus de 3200 hommes britanniques non apparentés. L'haplotype 1 augmente le risque de maladie coronaire de 50% chez les porteurs comparés aux hommes dépourvus de l'haplotype 1. Moralité: choisissez votre père...

Lancet. 2012;379:915. / AdT

Sténose aortique: opération «classique» ou placement d'une valve par cathéter? La sténose aortique est fréquente chez les personnes âgées à très âgées. Depuis quelques années, il existe la possibilité de placer une valve par cathétérisme artériel ou par voie transapicale du ventricule gauche après une mini-incision thoracique. 699 patients à haut risque chirurgical ont subi soit une opération classique soit le placement d'une valve par cathétérisme. A deux ans, le taux de mortalité est le même soit ~35%. La régurgitation aortique est associée à la mortalité dans le groupe traité par cathétérisme. A noter que le registre français comporte déjà près de 3200 patients traités par la nouvelle méthode entre janvier 2010 et octobre 2011! De nouvelles valves sont en préparation pour minimiser les fuites aortiques.

N Engl J Med. 2012;366:1686. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)