Et ailleurs…?

Antoine de Torrenté

Infections cutanées: traitées par une seule injection?

La question

Les infections cutanées sont fréquentes (15 millions par an aux Etats-Unis) et peuvent conduire à des hospitalisations prolongées et coûteuses. L'émergence des staphylocoques dorés résistant à la méthicilline a rendu la problématique encore plus difficile. Habituellement, ces infections, si elles sont sévères, sont traitées par voie i-v avec un antibiotique adéquat, donné plusieurs fois par jour pendant 7 à 10 jours. L'oritavancine est un antibiotique de la famille des lipoglycopeptides. C'est un bactéricide qui inhibe la synthèse des membranes des germes G+. Il peut être donné 1 fois par jour. Il n'est pas nécessaire d'ajuster la dose en fonction de l'âge ou de la fonction rénale. Quelle est sa performance clinique comparée à la vancomycine?

La méthode

Cette étude randomisée en double aveugle concerne des patients avec des infections cutanées ou des structures sous-cutanées considérées comme étant à germes G+: érysipèles, cellulites, abcès. Les patients ont reçu soit une injection i-v d'oritavancine suivi par des injections de placebo soit un gramme de vancomycine deux fois/j pendant 7 à 10 jours. L'issue primaire était un composite d'arrêt de l'extension de l'infection, l'absence de fièvre et l'absence d'une antibiothérapie dite de secours à 48–72 heures après le début du traitement. Une évaluation a encore eu lieu à la fin du traitement et 7 à 14 jours après l'évaluation de fin de traitement.

Les résultats

475 patients ont reçu l'oritavancine et 479 la vancomycine. Il n'y a pas de différence dans l'issue primaire entre les deux groupes: 82,3% pour le groupe oritavancine et 79% pour le groupe vancomycine. La guérison clinique est survenue chez 79,6 et 80% respectivement indépendamment de la présence de staphylocoques méthicilline résistants ou non. Les effets secondaires ont été notés chez ~60% des patients, souvent bénins, les nausées étant les plus fréquentes dans 11 vs 9% des patients respectivement.

Les problèmes

L'étude en elle-même n'en pose pas vraiment. Mais la longue demi-vie de l'oritavancine (environ 15 jours) pourrait poser problème en cas d'intolérance ou d'allergie. Medicine Company, qui fabrique l'oritavancine, a financé l'étude.

Commentaires

Une injection unique comparée à deux injections par jour pendant 7 à 10 jours est évidemment un très grand avantage: moins d'hospitalisations, moins de coûts. La population était hétérogène en ce qui concerne le poids des patients variant entre 35 et 200 kg (!). 20% de cette population était diabétique ce qui ajoute encore à l'importance des résultats. Environ 78% des infections étaient dues à un staphylocoque, résistant à la méthicilline dans près de 60% dans les abcès. Dans le même journal, une étude d'un antibiotique de la même famille, la dalbavancine, comparé à la vancomycine a donné les mêmes résultats pour une population dont les infections étaient plus sévères (Boucher RW, p. 2169). Il est curieux de noter que nulle part les auteurs parlent d'un éventuel drainage des abcès présents dans environ 25 à 30% des cas dans les deux études. L'adage «ubi pus ibi evacua» est-il passé de mode?

Corey GR, et al. N Engl J Med. 2014;370(23):2180–90.

Arthrose du genou: renforcer la musculature!

Les patients souffrant d'arthrose du genou douloureuse passent souvent par la case «arthroscopie». Pourtant, une méta-analyse de 48 études comparant la physiothérapie avec des traitements sans exercice physique montre une diminution des douleurs par des exercices de renforcement du quadriceps 3 fois par semaine pendant 4 semaines. Cela vaut sûrement la peine d'essayer…

Juhl C, et al. Arthritis Rheumatol. 2014;March 66(3):622–36.

Syndrome de Sjögren: rituximab?

Les lymphocytes B jouent un rôle majeur dans la physiopathologie du syndrome de Sjögren primaire. Le rituximab induit une déplétion marquée des lymphocytes B par son action anti-CD20. 120 patients avec un Sjögren primaire ont reçu à la semaine 0 et 2 une injection de rituximab ou un placebo. A 24 semaines pas de différence entre les groupes pour le score global de la maladie (yeux secs, bouche sèche…) mais légère amélioration pour la fatigue. Résultat essentiellement négatif mais bon à savoir…

Devauchelle-Pensec V, et al. Ann Intern Med. 2014;160:233–42.

DNA fécal: utile dans le dépistage du cancer du côlon?

Un nouveau test comprenant des marqueurs du DNA (KRAS muté et méthylation de certains gènes) permet d'identifier 85% des patients avec un cancer colo-rectal. Pour les adénomes, le pour-cent de détection augmente avec la taille de l'adénome: 77% si l'adénome a plus de 2 cm et 92% pour >4 cm sans différence pour le côlon distal ou proximal. Un test quantitatif pour l'hémoglobine n'ajoute rien à la performance. Il reste tout de même pas mal de questions: comparaison directe de sensibilité avec les tests immunochimiques, fréquence du test, utilité du test pour d'autres tumeurs du tube digestif. Peut-être qu'en combinant plusieurs tests, la sensibilité va encore augmenter…

Ahlquist DA, et al. Gastroenterology. 2012;142(2):248–56.