

Et ailleurs...?

Antoine de Torrenté

Pneumonie acquise dans la communauté (PAC): quelle antibiothérapie?

La question

La PAC est une cause importante d'hospitalisation et de décès. Les recommandations thérapeutiques pour les patients devant être hospitalisés (mais pas aux soins intensifs) impliquent une β -lactame + un macrolide ou une quinolone en monothérapie (la moxifloxacine ou la lévofloxacine). Cette politique risque d'augmenter les résistances microbiennes et les évidences qui la soutiennent sont limitées et la supériorité des quinolones sur les β -lactames n'a pas été démontrée. Pour ces raisons, les auteurs de l'étude ci-dessous se sont posés la question de la non-infériorité d'une monothérapie par une β -lactame versus une bithérapie par β -lactame + macrolide ou une fluoroquinolone seule.

La méthode

Cette étude CAP-START (Community Acquired Pneumonia Study on the Initial Treatment with Antibiotics of the Lower Respiratory

Tract Infection) s'est déroulée dans sept hôpitaux aux Pays-Bas de 2011 à 2013. Les participants âgés de \geq ou >18 ans avec une pneumonie nécessitant une hospitalisation hors soins intensifs étaient éligibles. Pendant des périodes consécutives de quatre mois, une monothérapie par une β -lactame (amoxicilline avec ou sans clavulanate ou une céphalosporine de 3^e génération) ou une β -lactame + azithromycine ou clarithromycine ou monothérapie par une fluoroquinolone (moxi- ou lévofloxacine) ont été choisies dans les hôpitaux. L'issue primaire était la mortalité toutes causes confondues à 90 jours.

Les résultats

656 patients ont été inclus dans le groupe β -lactame seule, 739 dans le groupe β -lactame + macrolide et 888 dans le groupe quinolone. Les données étaient évaluées selon la technique d'intention de traitement. L'âge moyen des patients était de 70 ans. Les taux de mortalité étaient de 9%, 11% et 8,8% respectivement. La non-infériorité d'une monothérapie par une β -lactame seule a été prouvée comparée aux autres modalités. La durée moyenne

du séjour a été de six jours dans les trois groupes.

Les problèmes

Il était permis de changer de traitement pendant l'étude ce qui est arrivé dans 25% des cas sans que cela ne change les résultats statistiques. Les raisons médicales invoquées étaient le plus souvent la couverture d'un germe atypique ou une non-réponse au traitement.

Commentaire

Cette étude, bien que concernant des patients nécessitant une hospitalisation est probablement applicable pour le traitement des patients ambulatoires. Débuter un traitement avec une β -lactame seule paraît justifié, l'addition d'un macrolide ou une monothérapie par une fluoroquinolone ajoutant des risques de résistance sans meilleur effet thérapeutique. La pneumonie reste une maladie grave dans cette population âgée: près de 10% de mortalité confirmant le sage adage de Sir William Osler: «Pneumonia, the old man's friend». *Postma DF, et al. N Engl J Med. 2015;372:1312.*

Patients avec déficit cognitif: attention à la pression trop basse

172 patients âgés de 72 ans avec un Mini Mental Score de 22 ont été suivis pendant 9 mois. Les patients traités par des antihypertenseurs dans le tertile inférieur de pressions systoliques moyennes basses (tension artérielle [TA] = ou <128 mm Hg) ont une diminution significativement plus grande du MMS comparé à ceux du tertile de pressions supérieures (TA = ou >145 mm Hg). Message: la baisse trop enthousiaste de la TA semble nocive pour des patients dont les fonctions cognitives sont déjà altérées. Mais attention: on sait que les pressions trop hautes sont aussi responsables de déficits cognitifs. *In medio stat virtus. Mossello E, et al. JAMA Intern Med. 2015;175:578.*

Cancer rectal: chirurgie ouverte ou par laparoscopie?

On ne sait pas si les résultats de la chirurgie laparoscopique ou ouverte pour le cancer du rectum sont comparables. Une étude internationale a été conduite chez 1044 patients avec

un adénocarcinome solitaire situé à au moins 15 cm de la marge anale. 699 ont été opérés par laparoscopie et 345 par chirurgie ouverte. A trois ans pas de différence entre les deux groupes pour la récurrence locale et le taux de survie sans récurrence. Le temps opératoire par laparoscopie était de une heure de plus et le taux de conversion vers la chirurgie ouverte de 16%, mais le séjour hospitalier de un jour plus court. Si l'indication est bien posée (et le chirurgien habile) on peut opter pour la voie laparoscopique...

Bonjer HJ, et al. N Engl J Med. 2015;372:1324.

Glaucome à angle ouvert: bonne nouvelle

Le glaucome à angle ouvert conduit progressivement à la perte de la vision d'abord dans le champ visuel périphérique moyen puis central. L'affection augmente avec l'âge avec souvent des conséquences dramatiques: chutes, accidents, perte d'autonomie. De nombreux traitements sont employés allant de médicaments à la chirurgie pour ralentir l'évolution vers la cécité. Le latanoprost, un analogue des

prostaglandines, donné en gouttes une fois par jour a été comparé à un placebo. 500 patients ont été randomisés dans un rapport 1:1. A 24 mois, la préservation du champ visuel a été significativement meilleure dans le groupe latanoprost, HR 0,44. On voit les effets positifs après douze mois déjà. C'est une avancée majeure pour cette grave maladie.

Garway-Health DF, et al. Lancet. 2015;385:1295.

Sauna: bon pour la santé?

Une étude finlandaise (bien sûr...) a suivi pendant 20 ans 2300 hommes d'âge moyen se rendant à la sauna quatre à sept fois par semaine. Après ajustement pour les facteurs de risque cardiovasculaires, il apparaît qu'ils ont 65% moins de mort subite que ceux qui se rendent à la sauna une fois par semaine. La sauna finlandaise est caractérisée par une haute température de chaleur sèche. Chance ou effet réel inexpliqué encore? Seuls les finlandais pourraient-ils bénéficier de ce sport quasi national?

Physician's First Watch. 2015; February 24.