Et ailleurs …?

Antoine de Torrenté

Anticoagulation prolongée après embolie pulmonaire?

La question

On sait qu'après 3 à 6 mois d'anticoagulation pour une thrombose veineuse profonde (TVP) ou une embolie pulmonaire (EP) «idiopathique» le taux de récidive est bien plus élevé que si ces événements avaient été provoqués par un facteur favorisant déterminé, une opération par ex. Le risque de décès par la récidive d'une EP est bien plus haut, environ 4 fois, que si la récidive est une TVP et la question de la prolongation d'une anticoagulation, avec la possibilité d'hémorragies, doit donc être discutée séparément pour ces deux conditions. Quels sont les risques et bénéfices d'une prolongation pendant 18 mois de l'anticoagulation par antivitamine K chez des patients ayant subi une première EP idiopathique et anticoagulés pendant 6 mois?

La méthode

Des patients >18 ans avec une première EP «non provoquée» et ayant été traités pendant 6 mois par un antivitamine K (INR entre 2 et 3) ont été inclus dans cette étude française. L'EP était confirmée par un scan ventilation-perfusion ou un angio CT. Les patients ont été randomisés pour être anticoagulés 18 mois supplémentaires par de la warfarine ou pour recevoir un placebo. Le masquage était assuré par la génération d'INR fictifs dans le groupe placebo. L'issue primaire était un composite de récidive d'EP, de TVP ou d'une hémorragie majeure, fatale ou non, à 18 mois.

Les résultats

184 patients ont reçu la warfarine et 187 le placebo. 98% de tous les patients ont été revus à 18 mois et 76% à une visite supplémentaire à 42 mois. Le temps total médian d'observation était de 41 mois. 38 patients du groupe warfarine ont interrompu le traitement dont 3 avec une hémorragie majeure. L'issue primaire à 18 mois est survenue chez 6 patients/184 du groupe warfarine et chez 27/187 du groupe placebo. HR 0,22, p = 0,001. Seuls 3 patients du groupe warfarine ont eu une récidive d'EP ou de TVP contre 25 du groupe placebo, HR 0,15. 4 patients du groupe warfarine ont subi une hémorragie majeure contre 1 du groupe placebo. Dans le suivi prolongé, après interruption du traitement anticoagulant, le taux de récidive était de 21% du groupe warfarine et de 24% du groupe placebo.

Les problèmes

Il peut paraître étonnant de grouper deux issues différentes (récidive et hémorragie) dans une issue composite mais cela reflète en fait la réalité clinique d'un traitement anticoagulant prolongé. 7 ans ont été nécessaires pour recruter les patients. Il n'y a pas eu de dosage des D-dimères pour stratifier les risques de récidive.

Commentaires

Cette étude très soigneuse livre deux messages très importants: (1.) La prolongation de l'anticoagulation évite efficacement la récidive d'EP ou de TVP au prix d'un risque acceptable d'hémorragie. (2.) Une fois le traitement anticoagulant arrêté, le taux de récidive (~20%) est identique dans les deux groupes ce qui conforte l'idée que le traitement anticoagulant a joué son rôle pendant le temps de son administration. La conclusion: anticoagulation à vie, comme le préconise un récent travail concernant la TVP idiopathique? On peut certainement se poser la question et informer son patient, d'autant qu'avec les nouveaux anticoagulants oraux (mais pas encore de données sur cette question précise à ma connaissance…) le traitement est moins contraignant.

Couturaud F, et al. JAMA. 2015;314:31.

Symptomatologie de maladie coronaire: diagnostic anatomique ou fonctionnel?

Curieusement il n'existe que peu de données sur la meilleure manière d'évaluer les patients avec une symptomatologie suggérant une maladie coronaire. 10 000 patients symptomatiques âgés de 61 ans et avec une probabilité pré-test de 53% de maladie coronaire ont subi un CT injecté investiguant les coronaires ou un test fonctionnel: ECG d'effort, scintigraphie myocardique de stress ou échographie de stress. Après un suivi de 25 mois, l'issue primaire (décès, infarctus du myocarde, hospitalisation pour angor instable) est survenue chez 3,3% du groupe CT et 3% du groupe fonctionnel (n.s.). A noter que lors de coronarographies subséquentes, dans le groupe CT on a constaté moins de maladie coronaire de type non obstructif que dans le groupe fonctionnel. Message: des études fonctionnelles dans cette population paraissent adéquates. Attention tout de même au relativement haut taux de radiation imposé par la scintigraphie.

Douglas PS, et al. N Engl J Med. 2015;372:1291.

Antiinflammatoires non stéroïdiens (AINS): *mise en garde*

La FDA exige que la notice d'emballage des AINS vendus sur ordonnance ou en vente libre contienne les informations suivantes:

- Le risque d'infarctus du myocarde ou d'AVC est augmenté dès la première semaine d'utilisation;
- le risque cardiovasculaire est augmenté de manière identique que les patients aient ou non déjà une maladie cardiovasculaire ou soient à risque;
- les patients qui prennent un AINS dans l'année après un infarctus du myocarde ont une mortalité augmentée comparé aux patients qui n'en prennent pas;
- l'utilisation d'AINS est un facteur de risque d'insuffisance cardiaque.

Sagesse ou mise en garde déstabilisante pour les patients? Il manque une estimation chiffrée des risques encourus…

Physician's First Watch. 2015; July 10.

Diète méditerranéenne et baisse des facultés cognitives: un plus?

Près de 450 patients à haut risque cardiovasculaire ont subi une batterie de tests cognitifs avant d'être répartis en trois groupes. (1.) Diète méditerranéenne (DM) plus huile d'olive en supplément. (2.) DM plus 30 g par jour de fruits à coques (noix, amandes). (3.) Diète usuelle. Après 4 ans de suivi médian, les patients avec DM plus huile d'olive ou fruits à coques ont des scores significativement meilleurs dans 5 tests cognitifs comparé au groupe diète usuelle. Souci: avec la dramatique offensive de *Xylella fastidiosa* qui décime les oliviers dans les Pouilles et qui est apparue en Corse et sur un plant de caféier importé à Rungis à Paris on pourrait se trouver en manque…

Valls-Pedret C, et al. JAMA Intern Med. 2015;175:1094.