

Et ailleurs ...?

Antoine de Torrenté

Liraglutide: une nouvelle arme contre l'obésité?

La question

Les traitements non opératoires de l'obésité sont en général très décevants: l'exercice physique, essentiel, est souvent insuffisant, les «coupe-faim» grevés d'effets secondaires souvent graves et les régimes génèrent souvent un effet «yo-yo». Et pourtant il faudrait combattre ce fléau qui entraîne souvent un diabète 2, des affections ostéo-articulaires et cardiovasculaires sans oublier la stigmatisation sociale dont les obèses sont souvent l'objet. Le Liraglutide (L), un analogue du glucagon-like peptide-1, est approuvé pour le traitement du diabète type 2. Un effet bénéfique supplémentaire est la perte de poids notamment dû à une baisse de l'appétit et un ralentissement de la vidange gastrique. Quel est l'effet du L chez des patients non diabétiques obèses ou en surpoids en plus d'un régime hypocalorique et de l'activité physique?

Antidépresseurs et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS): hémorragies cérébrales?

4 millions de patients admis à l'hôpital et prenant des antidépresseurs ont été l'objet d'une étude rétrospective. Les patients prenant à la fois des antidépresseurs et des AINS ont un risque d'hémorragie cérébrale de 5,7 pour 1000 patients-années contre 1,6 pour 1000 patients années ne prenant que les antidépresseurs et ceci dans les 30 premiers jours de traitement combiné. Ces chiffres sont inquiétants et il semble bien que cette combinaison devrait être évitée dans toute la mesure du possible.

Shin JY, et al. BMJ. 2015;351:h3517.

Fibrillation auriculaire (FA) sous-diagnostiquée dans une population à risque d'AVC?

Une étude suédoise des 75 et 76 ans montre une nouvelle FA chez 25% d'entre eux. Ces patients sont à risque d'AVC ayant un score

La méthode

Cette étude randomisée contre placebo s'est déroulée sur 191 sites de 27 pays de 2011 à 2013. Les patients étaient âgés de >18 ans avec un BMI de 30 ou plus (27 ou plus en cas de dyslipidémie ou d'hypertension). Les critères d'exclusion majeurs étaient un diabète avéré de type 1 ou 2, une dépression sévère ou une chirurgie bariatrique antérieure. Les patients étaient randomisés 2:1 pour recevoir une injection s-c de 0,6 mg de L par jour comme dose de départ puis augmentée de 0,6 mg chaque semaine jusqu'à 3 mg/j ou un placebo. Les deux groupes ont reçu des conseils de style de vie et de régime hypocalorique. Les trois issues primaires à la semaine 56 étaient le changement de poids comparé à l'entrée, la proportion de patients ayant perdu 5% ou plus ou 10% ou plus du poids du corps.

Les résultats

2487 patients ont reçu le L et 1244 le placebo. L'âge moyen était de 45 ans, le BMI moyen de 38, 78% étaient des femmes et 61% avaient un pré-diabète. A la semaine 56, le groupe L avait perdu $8,4 \pm 7,3$ kg et le groupe placebo $2,8 \pm 6,6$ kg,

$p < 0,001$. 31 vs 10,6% des patients avaient perdu >10% du poids de départ, $p < 0,001$. Les effets secondaires les plus fréquents dans le groupe L étaient les nausées (40%) et les diarrhées (20%).

Les problèmes

L'étude ne montre pas de faiblesses évidentes si ce n'est peut-être les grandes déviations standards des moyennes. L'étude était financée par Novo Nordisk qui fabrique le L.

Commentaires

On peut évidemment regretter que la perte de poids n'ait pas été plus importante mais on sait aussi que ce type de perte modeste peut améliorer les paramètres métaboliques et la qualité de vie. Mais le succès est fragile: 12 semaines après l'interruption du traitement, les patients du groupe L avaient repris 3 kg... Il n'empêche: le L semble vraiment aider les patients objectivement et peut servir à leur montrer qu'une perte de poids significative est possible. La FDA vient d'ailleurs d'approuver le L dans cette indication.

Pi-Sunyer X, et al. N Engl J Med. 2015;373(1):11-22.

CHADS₂DS₂-VASc de au moins 2 vu leur âge. Un patient/4 n'était pas diagnostiqué avec une FA et n'était donc pas anticoagulé. Dépister toutes les personnes >75 ans et par quelle méthode devrait-il être envisagé? Une mine d'or pour les cardiologues!

<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014343>

Chirurgiens: sous l'œil des journalistes d'investigations...

Le groupe de journalistes d'investigations ProPublica (Etats-Unis) veut aider les patients à choisir leur chirurgien. Les complications opératoires de 17 000 chirurgiens opérant dans 3600 hôpitaux ont été répertoriées de 2009 à 2013 utilisant les données de Medicare pour les patients hospitalisés. Huit interventions communes ont été examinées et les taux de réadmission à 30 jours pour les infections, hémorragies, mal-alignement des prothèses articulaires, etc. répertoriés. 2 à 4% de complications ont été révélées (ce qui est assez rassu-

rant) mais, plus inquiétant, seuls 11% des chirurgiens sont responsables de 25% des complications. Ceux-ci ont du souci à se faire... *Physician's First Watch. 2015; July 16.*

Au paradis de Poutine

Dans sa rage primaire pour lutter contre les «drogues», Poutine et son ministre de la Santé rendent la vie de patients (surtout oncologiques en fin de vie) épouvantable. Deux avis sont nécessaires à renouveler tous les 15 jours pour recevoir des doses ridicules de morphine de quelques mg par jour. La Russie se place au 82^e rang des pays pour l'obtention d'analgésiques narcotiques et en 2009 une estimation a montré que seuls 15% de 217 000 patients en droit de recevoir des opiacés en ont reçu. Résultats: des suicides de patients par dizaines incapables de supporter plus longtemps leurs douleurs. Merci Poutine qui, lui, n'aura aucune peine à se procurer tous ce qu'il voudra...

Clark F, et al. Lancet. 2015;386:232.