

# Et ailleurs ...?

Antoine de Torrenté

## Pression artérielle systolique et diastolique pour les patients avec une coronaropathie stable: valeurs «idéales»?

### La question

La baisse de la pression artérielle (PA) chez les personnes hypertendues limite les risques d'événements cardiovasculaires et les décès mais les valeurs «idéales» restent controversées. Certaines études avaient même montré une courbe en J ou U signifiant que des valeurs trop basses pourraient être délétères. Mais dernièrement l'étude SPRINT a remis en vogue la notion que chez les personnes à haut risque cardiovasculaire des valeurs de PA syst. (PAS) <120 mm Hg étaient associées à une baisse des événements cardiovasculaires. L'incertitude est donc bien présente et les cliniciens sont parfois désemparés sur la marche à suivre en particulier chez les patients avec une coronaropathie. En effet le flux coronaire se passe pendant la diastole et il est possible qu'en cas de sténose coronaire la perfusion soit compromise par une PA diast. (PAD) trop basse. L'étude tirée des patients du registre CLARIFY essaie de répondre à la question de l'association entre les PAS et PAD et les événements cardiovasculaires chez les patients avec une coronaropathie stable.

### Obésité chez l'enfant

L'USPSTF (US Preventive Services Task Force) recommande de détecter régulièrement les enfants obèses lors de consultations en mesurant leur BMI et de poser le diagnostic si le BMI est  $\geq 95^{\text{e}}$  percentile. Cela permet une prise de conscience pour l'enfant et les parents et permet une intervention salutaire intensive pour promouvoir la perte de poids. Cela paraît de plus en plus indispensable lorsqu'on observe la sortie des écoles...

*Draft Recommendation Statement.*  
November 28, 2016.

### Nouvelles directives pour la goutte: inutile de traiter pour atteindre une uricémie <350 $\mu\text{mol/l}$

Contrairement à l'American College of Rheumatology, les recommandations de l'American College of Physicians ne mentionnent pas l'objectif d'atteindre une uricémie <350  $\mu\text{mol/l}$ . Les recommandations sont: (1) stéroïdes, AINS ou colchicine pour les crises aiguës, la colchicine à petites doses soit 1,2 mg puis 0,6 mg une heure plus tard, les doses su-

### La méthode

L'étude est prospective, observationnelle, et longitudinale. Les patients sont tirés du registre CLARIFY qui comprend des patients ambulatoires avec une coronaropathie stable. Aucune interférence avec les traitements reçus n'avait lieu pendant la durée de l'observation. Il s'agissait de conditions de «vraie vie» ou s'en rapprochant le plus possible. La coronaropathie était diagnostiquée par un infarctus du myocarde dans les 3 mois avant l'inclusion, une coronarographie montrant une sténose de 50% au moins ou une revascularisation (stent ou pontage). Les patients devaient avoir une PA de >140/90 ou recevoir au moins un antihypertenseur. Les patients étaient vus 1x/an pendant 5 ans. La PA était mesurée en position assise après 5 min. de repos. Les patients étaient répartis en 5 groupes pour la PAS de <120 à >150 mm Hg et de <60 à >90 pour la PAD. L'issue primaire était un composite de décès cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde ou d'AVC.

### Les résultats

22666 patients ont été inclus avec un âge moyen de 65 ans, 75% d'hommes et 67% de caucasiens. Après 5 ans d'observation 2101 ont atteint l'issue primaire. Une PAS >140 et une PAD >80 mm Hg étaient associées à l'issue primaire. Mais une PAS <120 mm Hg était aussi associée à l'issue primaire avec un HR de 1,56

périures n'apportant pas de gains supplémentaires mais plus d'effets secondaires\*; (2.) pas de traitement pour abaisser l'uricémie si les crises sont peu fréquentes ou unique; (3.) l'examen du liquide synovial, si on peut l'obtenir facilement, est utile au diagnostic par la présence de cristaux d'urate. \* Posologie préconisée en Suisse: Lors de crise aiguë de goutte, on administre une dose d'attaque de 1 mg de colchicine, puis 0,5 à 1,5 mg toutes les 2 heures jusqu'à disparition des symptômes ou apparition des effets secondaires. Faut-il vraiment attendre l'apparition d'effets secondaires parfois sévères?

*Physician's First Watch, November 1, 2016.*

### Maladie de Crohn: une arme de plus.

Les interleukines 12 et 23 jouent un rôle important dans la physiopathologie de la maladie de Crohn. L'ustekinumab (U) est un anticorps monoclonal qui se lie à une sous unité de ces deux interleukines est déjà approuvé pour le traitement du psoriasis. 3 études, UNITI-1 et -2 et IM-UNITI évaluent l'action de U, pour les deux premières pour l'induction

ainsi qu'une PAD <70 mm Hg, HR 1,41. Pour une PAS >150 le HR est de 2,5 et de 3,72 pour une PAD >90 mm Hg. Il existe donc clairement une courbe en U. La pression artérielle «idéale» (tirée de la visualisation des courbes reliant le HR de l'issue primaire et les PAS et PAD) pour cette population est d'environ 130/75-80 mm Hg. Pour les AVC il n'y a pas de courbe en U donc aucune augmentation des événements pour des PA en dessous de ces chiffres.

### Problèmes et commentaires

On pourrait argumenter un effet de causalité inverse pour des pressions basses, c-à-d que ces patients étaient plus malades au départ mais des analyses statistiques poussées et l'exclusion de patients avec des cancers, une insuffisance cardiaque, des maladies valvulaires sévères permettent d'écarter cette possibilité. Il apparaît donc clair que pour les patients avec une coronaropathie stable, traités dans des conditions comparable à la médecine en cabinet aucun bénéfice n'est à retirer en visant des valeurs de celles de l'étude SPRINT mais au contraire que les PA très basses sont néfastes. Une valeur idéale se situe vers 130/75-80. On évite aussi des effets secondaires de traitements antihypertenseurs trop agressifs. *In medio stat virtus...*

*Vidal-Petiot E, et al. Lancet. 2016;388:2142-52.*  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2016.11.020>

d'une rémission et l'autre pour sa maintenance de la maladie de Crohn n'ayant pas ou mal répondu soit au traitement habituel soit aux anti-TNF. Tous les résultats montrent un effet positif de l'U: 34% de réponse pour l'induction par une dose unique de 130 mg i-v de U vs 21 pour le placebo. 55% vs 28,7% pour l'induction avec 6 mg/kg vs placebo. Les doses de maintenance permettent une rémission significativement supérieure au placebo à 44 semaines. Bonne nouvelle!

*Feagan BG, et al. N Engl J Med. 2016;375:1946.*

### Cellulite: mal diagnostiquée ...

Chez 250 patients admis aux urgences avec un diagnostic présumé de cellulite des membres inférieurs 30% ont finalement un autre diagnostic à 30 jours. Ces patients mal diagnostiqués reçoivent des antibiotiques i-v et sont hospitalisés sans raison pour un coût de 200 à 500 millions de \$ par an aux USA. Les faux diagnostics de cellulite concernent des affections vasculaires ou des lésions inflammatoires. Et chez nous?

*Weng QY, et al. JAMA Dermatol. Nov. 2, 2016.*