

Et ailleurs ...?

Antoine de Torrenté

Dabigatran ou rivaroxaban en cas de fibrillation auriculaire?

La question

Les antivitamines K sont le traitement le plus ancien pour la prévention des AVC en cas de fibrillation auriculaire (FA). Le prix à payer c'est l'augmentation des hémorragies intra- et extra-crâniennes. De plus, maintenir les patients (pat.) dans la marge thérapeutique efficace peut être difficile. Puis sont arrivés les nouveaux anticoagulants oraux (NACO). Le dabigatran est un anti thrombine directe et le rivaroxaban un anti facteur X activé. Plusieurs études ont montré soit la supériorité ou la non infériorité des NACO dans la prévention des AVC en cas de FA non valvulaire comparées aux antivitamines K. Mais avec les NACO il existe aussi un risque d'hémorragies qui pourtant semble différent entre le dabigatran et le rivaroxaban. Ces données sont tirées des études RE-LY et ROCKET-AF mais elles sont indirectes dans l'optique de cette comparaison. Une comparaison directe des risques hémorragiques entre le dabigatran et le rivaroxaban était nécessaire. C'est le but de l'étude résumée ci-dessous.

La méthode

Cette étude s'adresse à des patients âgés de >65 ans au bénéfice de l'assurance américaine

Infarctus du myocarde: une vraie différence hommes/femmes?

Il n'est toujours pas clair si le plus haut taux d'infarctus du myocarde chez les hommes est dû aux facteurs de risque «classiques» (lipides, TA, tabagisme...) ou si il existe une vraie différence liée au sexe. Une étude norvégienne semble avoir résolu la question. 3000 patients avec un infarctus (1/2 de femmes) ont été prospectivement étudiés. Après ajustement pour les facteurs de risque habituels il apparaît que les hommes ont 2× plus de risque de faire un infarctus au cours de leur vie que leurs compagnes. Cette augmentation du risque diminue avec l'âge. La nature est injuste...

Albrektsen G, et al. JAMA Int Med. 2016;176:1673-9. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5451

Crise d'asthme: azithromycine?

Les guidelines ne recommandent pas un traitement antibiotique en cas de crise d'asthme. Pourtant une étude avait montré un bénéfice avec l'administration de télithromycine (un dérivé de l'érythromycine). L'azithromycine (A)

Medicare. Ils ont été recrutés entre fin 2012 et juin 2014. Ils ont été inclus dès la prescription de dabigatran 150 mg 2×/j ou rivaroxaban 20 mg/j et suivis jusqu'à la fin de la prescription ou le non renouvellement de l'ordonnance pendant 3 jours. Les issues primaires étaient la survenue d'un AVC thromboembolique, d'une hémorragie intracrânienne, d'une hémorragie extra-crânienne majeure ou du décès.

Les résultats

Près de 120 000 patients ont été inclus. Des ajustements statistiques ont été réalisés pour rendre les groupes dabigatran et rivaroxaban comparables. ~52 000 patients ont reçu du dabigatran et ~66 000 du rivaroxaban. Le rivaroxaban présente un risque significativement augmenté d'hémorragie intracrânienne, HR 1,65 et d'hémorragie extra-crânienne majeure, HR 1,48 mais sans excès de mortalité. Les deux molécules ont une efficacité identique dans la prévention des AVC et d'autres manifestations emboliques.

Les problèmes

Le suivi est court, en moyenne 4 mois mais certains pat. ont été suivis jusqu'à 300 jours. L'étude est observationnelle et rétrospective si bien que des facteurs confondants non identifiés sont possibles. Seuls les pat. >65 ans (âge

est-elle utile en cas de crise d'asthme? 199 patients avec une crise d'asthme ont été randomisés en double aveugle contre placebo pour recevoir pendant 3 jours 500 mg d'A. Résultat: aucun bénéfice dans les scores de symptômes après le traitement. A noter que seul un patient sur dix a pu entrer dans l'étude les neufs autres ayant déjà reçu des antibiotiques malgré les guidelines. Prêcher dans le désert...

Johnston SL, et al. AMA Int Med. 2016;176:1630-7. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5664

Péricardite récidivante résistante à la colchicine: solution?

La colchicine est un traitement reconnu de la péricardite récidivante. Pourtant certains patients ont des formes résistantes à la colchicine et sont dépendants des stéroïdes. Une toute petite étude italienne a testé l'effet de l'anakinra, un bloqueur du récepteur de l'interleukine 1β donné pendant 2 mois à 11 patients contre un placebo donné à 10 patients. Tous étaient cortico-dépendants et résistants à la colchicine. Une récurrence est survenue chez 9/10 du groupe

pour entrer à Medicare) ont été inclus et on ne sait pas si la différence constatée est valable pour les patients plus jeunes.

Commentaire

Cette étude est très importante. On ne connaît pas la raison de l'augmentation des risques hémorragiques sous rivaroxaban. La pharmacocinétique joue peut-être un rôle: le rivaroxaban est donné 1×/j et le dabigatran 2×/j. Les demi-vies sont à peu près semblables. Il est donc possible que le pic d'anticoagulation soit plus prononcé avec le rivaroxaban alors qu'avec le dabigatran dont l'effet anticoagulant est plus stable ce risque est moindre. Un des points forts de l'étude est les conditions de «vraie vie» dans lesquelles les données ont été recueillies les patients étant ambulatoires et suivis par leur médecin. Il apparaît donc bien, comme le note un éditorialiste, que le dabigatran doit être préféré au rivaroxaban dans cette population.

Graham DJ, et al. JAMA Int Med. 2016;176:1662-71. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5954

placebo et 2/11 sous anakinra. Intéressant mais il faudra des études plus importantes...

Brucato A, et al. JAMA. 2016;316:1906-12. doi:10.1001/jama.2016.15826

Helicobacter pylori: comment éradiquer au mieux?

Le meilleur traitement d'éradication de *H. pylori* n'est pas clair. Une étude taïwanaise a comparé plusieurs traitements: (1.) Quadruple thérapie sans bismuth pendant 10 jours. (2.) Quadruple thérapie avec bismuth tripotassium dicitrate 300 mg 4×/j, lansoprazole 30 mg 2×/j, tétracycline 500 mg 4×/j et métronidazole 500 mg 3×/j pendant 10 jours. (3.) Triple thérapie sans bismuth pendant 14 jours. C'est le traitement avec bismuth qui a le plus haut taux d'éradication: 90%. Les autres traitements arrivent à 84-85%. A noter que *H. pylori* n'a pas de résistance contre la tétracycline. Mais ce sont vraiment des traitements lourds...
Liou JM, et al. Lancet. 2016;388:2355-65. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31409-X