

Et ailleurs ...?

Antoine de Torrenté

Traitements antihypertenseurs et fractures

La question

L'hypertension artérielle et les fractures ostéoporotiques sont des pathologies qui augmentent avec l'âge. Les conditions sont liées car il y a plus de fractures chez les patients hypertendus. Une métaanalyse avait suggéré que les diurétiques thiazidiques réduisaient les fractures grâce à un effet positif sur le bilan calcique et possiblement grâce à un effet stimulant direct sur les ostéoblastes. On connaît moins bien les effets des IEC et des anticalciques sur le risque fracturaire. Des études avaient montré que les IEC augmentaient la solidité osseuse notamment en diminuant l'activité des ostéoclastes. Il manquait une étude clinique examinant le risque fracturaire des patients traités par un thiazide, un IEC ou un anticalcique. Une métaanalyse secondaire vise à répondre à cette question.

La méthode

Les patients sont tirés de l'étude ALLHAT (Antihypertensive and Lipid Lowering Treat-

ment to Prevent Heart Attack Trial). Les patients ont reçu en première intention soit de la chlorthalidone (Hygroton®), du lisinopril (Zestril®) ou de l'amlodipine (Norvasc®). Un bras doxazosine (un α -bloquant) a été stoppé. Les patients étaient âgés de 55 ans ou plus avec une TA systolique de 140 mm Hg ou plus et diastolique de 90 mm Hg ou plus. Ils avaient tous au moins un facteur de risque cardiovasculaire reconnu. Ils ont reçu en double aveugle 12,5–25 mg de chlorthalidone (n = 15 255), 2,5–10 mg d'amlodipine ou 10–40 mg de lisinopril. Les doses étaient choisies pour une TA visée de 140/90 mm Hg ou moins. Les fractures de hanche ou du bassin étaient répertoriées par les centres Medicare, Medicaid ou de la Veterans Administration. Le suivi de la période en double aveugle était en moyenne de 5 ans et l'étude a été poursuivie selon le mode ouvert.

Les résultats

L'âge moyen de la population était de 70,4 ans, 43% de femmes, 50% de caucasiens, 31% de d'afro-américains et le reste d'autres ethnies. Pendant l'étude à 5 ans 338 fractures sont survenues. Les patients sous chlorthalidone ont un HR de fracture de 0,75 comparé à ceux sous

lisinopril une baisse de 25% du risque relatif. Il n'y a pas eu de différence entre le groupe chlorthalidone et amlodipine.

Les problèmes

Les données sont post hoc. Il n'y a pas de groupe placebo. Il manque des données sur l'histoire menstruelle, sur les taux de testostérone qui ont pu introduire un biais ni sur les circonstances des fractures.

Commentaires

Cette étude exemplifie la complexité d'une étude de ce type au vu de la diversité des facteurs confondants possibles qui n'ont pas tous pu être pris en compte. N'empêche qu'elle est importante dans le sens que les trois médicaments utilisés arrivent aux mêmes résultats tensionnels avec une baisse des fractures sous thiazide. Ceci n'empêche probablement pas de choisir en première intention un IEC chez des patients avec un risque fracturaire bas: patients jeunes par exemple. Par contre chez une femme âgée fragile, ostéoporotique il paraîtrait plus logique de prescrire un thiazide en première intention.

Puttnam R, et al. *JAMA Intern Med.* 2017;177:67–76.

Bouchon de cérumen: guidelines

L'Académie américaine d'otorhinolaryngologie a mis à jour ses guidelines pour une condition très fréquente et parfois vraiment gênante. La première recommandation est qu'il est impératif de traiter ou de référer un patient avec une impaction de cérumen. Autres recommandations: (1) La présence de cérumen qui n'empêche pas un examen auriculaire et qui reste asymptomatique ne doit pas être traitée. (2) L'utilisation de «bougies» est fortement déconseillée («ear candling»). Il s'agit d'une méthode médecine complémentaire qui consiste à insérer dans le conduit auditif un tube de tissu imprégné par exemple de cire d'abeille et d'y mettre le feu. Cela permettrait de fluidifier le cérumen. Certains confèrent à cet étrange manœuvre une valeur «spirituelle». On aura tout vu! (et cela peut être dangereux...). (3) L'utilisation de cérumenolytiques (solution saline, polysorbate) est recommandée ainsi que l'extraction instrumentale.

Schwartz SR, et al. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(1S):S1–29. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0194599816671491>

Testostérone et maladie thromboembolique: danger?

Près de 19 200 personnes avec une TVP ou une embolie pulmonaire ont été appariées à 910 000 personnes contrôles, âge moyen 65 ans. Après ajustements multiples, le risque de maladie thromboembolique était de 25% plus élevé chez les utilisateurs de testostérone et même de 63% plus élevé dans les 6 premiers mois d'utilisation. En plus on sait que l'effet de la testostérone sur certains propriétés désirées est plus qu'improbable...

Martinez C, et al. *BMJ.* 2016;355:i5968.

<http://www.bmj.com/content/355/bmj.i5968>

Oreillons: épidémie malgré la vaccination

La vaccination a réduit drastiquement l'incidence des oreillons à 0,1 cas pour 100 000 personnes. Malgré cela on peut avoir des surprises. Une épidémie a commencé à la New-York University par un seul cas témoin. La sérologie était négative et le diagnostic n'a pas été posé tout de suite ce qui a provoqué 56 nouveaux cas. 96% des malades étaient vaccinés. En cas de doute la sérologie n'est pas un examen fiable. La PCR en

temps réel est la méthode de choix pour poser le diagnostic en cas de doute et pour éviter la transmission du virus. L'immunité conférée par la vaccination peut ne pas durer toute la vie...

Patel LN, et al. *Clin Infect Dis.* 2017;64(4):408–12. <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciw762>

Zika: un vaccin en vue?

Les vaccins à ADN encodant pour des antigènes immunogéniques sont injectés par voie i-m. Les cellules qui incorporent le vaccin commencent à fabriquer les protéines immunogéniques, ce qui induit une réponse immunologique. Un team international a développé un vaccin ADN contre le virus Zika. Ce vaccin a été testé chez des souris puis chez des primates non humains. Plusieurs injections ont permis l'apparition d'anticorps neutralisants. 17 sur 18 animaux vaccinés et soumis au virus Zika n'ont pas développé la maladie. Près du but et vraiment vite?

Dowd KA, et al. *Science* 2016;354(6309):237–40. <http://dx.doi.org/10.1126/science.aai9137>