

Sans détour

Prof. Dr méd. Reto Krapf

Zoom sur ... Allergie aux animaux de compagnie

- D'après une enquête menée auprès de >27 000 internautes, 33% possèdent un chien, 27% un chat, 12% un poisson, 6% un oiseau et 6% un autre animal, tel qu'un cheval.
- Les allergies aux animaux de compagnie à poils ont augmenté (chiens, chats, chevaux).
- Elles sont dues à des aéroallergènes qui sont présents dans le pelage, la salive ou l'urine.
- Des allergènes sont aussi souvent détectables dans les foyers sans animaux (invités, air ambiant, animaux errants, etc.).
- Les tests de sensibilisation ou d'allergie sont en premier lieu réalisés au moyen d'extraits allergéniques non sélectifs et ils sont éventuellement affinés au moyen de tests basés sur des molécules individuelles (diagnostic par analyse des composants moléculaires, avant tout dans l'optique d'une immunothérapie).
- Fait intéressant: Un diagnostic par analyse des composants moléculaires peut entre autres détecter une allergie isolée aux chiens mâles (allergène Can f 5). Avoir un chien femelle ne pose aucun problème dans cette situation!

*J Allergy Clin Immunology. 2021, doi.org/10.1016/J.JACI.2020.12.640.
Rédigé le 04.06.2021.*

Pertinent pour la pratique

Recherche d'une fibrillation auriculaire à la suite d'un accident vasculaire cérébral ischémique

La fibrillation auriculaire, persistante ou intermittente, avant tout lorsqu'elle est associée à une fréquence ventriculaire élevée, est tenue pour responsable, en tant que facteur causal ou facteur partiel, d'environ 20% des accidents vasculaires cérébraux (AVC). L'effet préventif secondaire bénéfique d'une anticoagulation en cas de fibrillation auriculaire documentée en lien avec un AVC a clairement été démontré. En cas d'AVC supposément thromboemboliques pour lesquels aucune fibrillation auriculaire n'est retrouvée durant la phase aiguë («embolic stroke of undetermined source» [ESUS]), le principe suivant s'applique: On trouve d'autant plus fréquemment une fibrillation auriculaire que l'on cherche longtemps et intensivement. Deux nouvelles études confirment cette observation [1, 2].

La question de savoir si ces épisodes sont alors responsables d'une récurrence d'AVC et peuvent être prévenus par une anticoagulation ou s'ils sont la conséquence associée d'une pathologie cardio-neurovasculaire globale reste cependant ouverte.

Autre question en suspens: Quel type de fibrillation auriculaire et combien d'épisodes de fibrillation auriculaire justifient une anticoagulation (par rapport au risque hémorragique associé)? Existe-t-il aussi, au moment du premier AVC, des indices de la présence d'une cardiopathie auriculaire (définie par des dilatations auriculaires à l'échocardiographie, des altérations des ondes P à l'ECG et des peptides natriurétiques augmentés), qui prédestine à des fibrillations auriculaires à l'avenir et pourrait éventuellement être utilisée comme critère pour déterminer l'indication d'une anticoagulation? Une étude [3] est actuellement en cours pour tenter de répondre à cette question essentielle.

1 JAMA. 2021, doi.org/10.1001/jama.2021.6470.

2 JAMA. 2021, doi.org/10.1001/jama.2021.6128.

3 Int J Stroke. 2019, doi.org/10.1177/1747493018799981.

Rédigé le 02.06.2021.

Smartphones: quand même plus de stress que de délivrance!

Le «temps d'écran» quotidien (dont une grande partie est liée à l'utilisation des smartphones) est associé à des difficultés d'apprentissage, à des difficultés de concentration et à des troubles du sommeil en tant que générateurs de stress. On ne sait pas avec certitude si ces derniers sont plus prononcés chez les adolescents, car l'utilisation du smartphone n'est pas répartie de façon homogène dans la population. Les smartphones



© Edhar Yralaits | Dreamstime.com

sont également prônés en tant que moniteurs (ou dictateurs?) de santé.

La preuve n'est cependant pas facile à apporter: Trois programmes sur smartphone destinés au conseil en matière de stress et au soulagement du stress ne sont pas parvenus à prévenir ou atténuer significativement les troubles anxieux et les dépressions chez des infirmières vietnamiennes (Hanoï).

Scientific Reports. 2021, doi.org/10.1038/s41598-021-90320-5. Rédigé le 05.06.2021.

Méningo-encéphalite à tiques: mise à jour

- Causée par des flavivirus (ARN), avec la tique *Ixodes ricinus* comme principal vecteur.
- Les rongeurs, les renards, les martres, entre autres, sont les principaux hôtes réservoirs.
- Dans les régions endémiques, 1% des tiques en moyenne sont contaminées par des flavivirus (en comparaison: borrélioses = env. 30%).
- Nombre moyen de cas par an en Suisse: 150–250 (en augmentation en raison des changements climatiques).
- Facteur spécial «année COVID»: 455 cas (davantage de sorties en plein air).
- Incubation de 7–10 jours après la piqure, suivie de deux phases: 1. phase virémique avec symptômes pseudo-grippaux; 2. après 2–8 jours supplémentaires, phase neurologique avec méningite/encéphalite.
- En cas d'atteinte du système nerveux central, mortalité de 1–2% (plus élevée chez les personnes de >50 ans); séquelles neurologiques à long terme dans 20% des cas.
- Vaccination très efficace: 3 doses pour la vaccination initiale; rappels tous les 10 ans.
- Diagnostic: RT-PCR durant la phase virémique; plus tard, sérologie IgM/IgG.

Rédigé le 02.06.2021, sur inspiration d'un exposé du Dr R. Ackermann (La Chaux-de-Fonds) lors du «Molecular Diagnostics Symposium 2021».



En Suisse, le virus de la méningo-encéphalite à tiques est principalement transmis par la tique commune *Ixodes ricinus* (tique du mouton). © Turtleman | Dreamstime.com

Otites moyennes récidivantes chez les enfants en bas âge: tympanostomie avec drainage ou antibiotiques?

Après le «rhume», l'otite moyenne aiguë, le plus souvent causée par des pneumocoques ou des bactéries *Haemophilus*, représente l'infection la plus fréquente chez les enfants en bas âge. Avant l'introduction d'un vaccin antipneumococcique conjugué, des tympanostomies étaient fréquemment réalisées en cas d'otites récidivantes. Aux Etats-Unis, cette intervention a manifestement été réalisée chez près de 700 000 enfants au cours de la seule année 2007!

Une étude randomisée prospective conduite chez un total de 250 enfants en bas âge (âgés de 6–35 mois) a désormais montré que sur une période de deux ans, l'évolution suite à une tympanostomie et à la pose d'un drain n'était pas supérieure à un traitement médicamenteux (amoxicilline et acide clavulanique).

Les résultats de l'étude pâtissent quelque peu du fait que dans les deux groupes, il y a respectivement eu 10 et 16% de passages dans l'autre bras de traitement (le plus souvent, sous la pression des parents). Cela représente toujours un défi pour l'interprétation des données!

D'un autre côté, il est rassurant de constater qu'il n'y a pas eu d'augmentation des bactéries résistantes au fil de l'étude dans les deux groupes.

N Engl J Med. 2021, doi.org/10.1056/nejmoa2027278. Rédigé le 03.06.2021.

Cela nous a réjouis

De Grabs à Boston

Le titre n'a pas pour but de suggérer que le premier lieu cité doit résonner comme une «province». Sans détour, nous avons cependant jugé intéressant de signaler qu'un anesthésiste pleinement investi dans son travail, le Prof. Th. Heidegger, médecin-chef du département d'anesthésie de l'hôpital de Grabs, a publié un article «state-of-the-art» intitulé «Management of the difficult airway» dans le *New England Journal of Medicine*.

La nécessité de s'intéresser à cette thématique est confirmée par l'un des chiffres frappants mis en avant dans l'article: Une intubation trachéale sur 22500 (dans le cas le plus défavorable, une sur 5500; chiffres de Grande-Bretagne) se solde par un décès, des lésions cérébrales, des interventions d'urgence au niveau des voies respiratoires et des séjours non planifiés en unité de soins intensifs en raison de difficultés d'intubation.

N Engl J Med. 2021, doi.org/10.1056/NEJMra1916801. Rédigé le 31.05.2021.

Une aide bienvenue dans le flot de publications liées au coronavirus

Actuellement, plus de 10 000 manuscrits portant sur le COVID-19/SARS-CoV-2 sont publiés chaque mois. En comparaison: Lors de la première épidémie de SARS-CoV et de la flambée de MERS, ce nombre s'élevait uniquement à environ 50 par mois lorsque les vagues infectieuses en étaient à leur maximum.

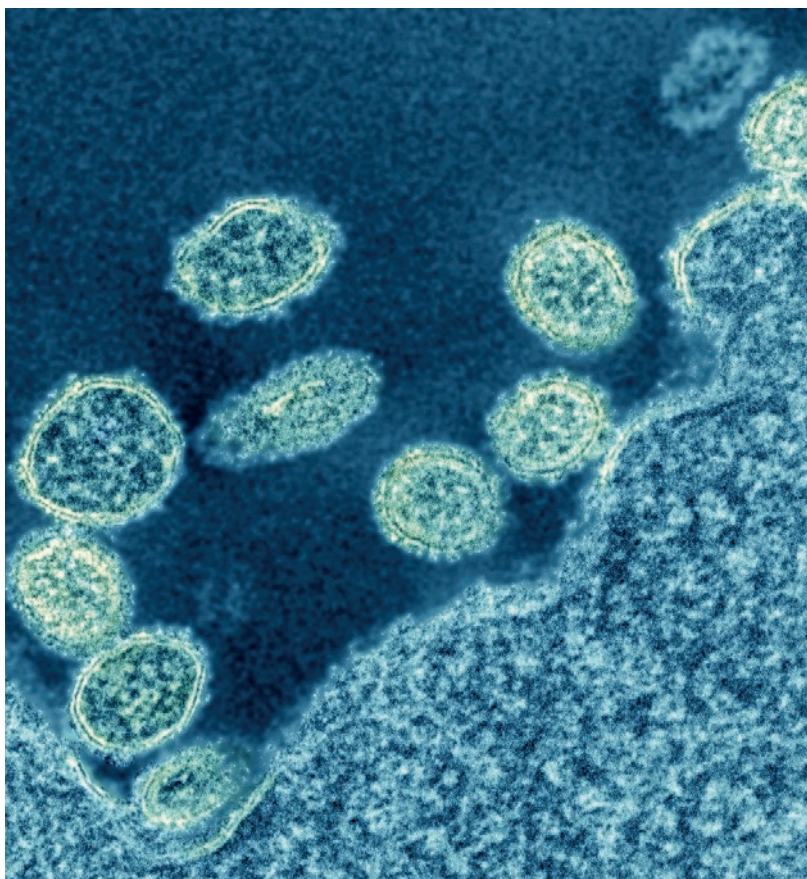
Il y a déjà eu plusieurs sites internet plus ou moins florissants et actualisés proposant des analyses de la littérature, mais celui qui vient de voir le jour semble de loin être le meilleur [1]: La littérature est passée en revue par des programmes d'apprentissage automatique lors d'une analyse quotidienne et elle est catégorisée par date et par thème clinique, comme par exemple «symptômes», «COVID long», «médicaments», etc. La validation de ce mécanisme de recherche et de tri vient tout juste d'être publiée [2].

Essayez de naviguer sur ce site internet librement accessible, juste par intérêt ou si vous souhaitez trouver une réponse à une question spécifique. Vous serez conquis!

1 <https://coronacentral.ai>

2 *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2021, doi.org/10.1073/pnas.2100766118.

Rédigé le 04.06.2021.



Cliché de microscopie électronique de particules du virus influenza 1918 H1N1 à proximité d'une cellule. Courtesy: National Institute of Allergy and Infectious Diseases.

Cela ne nous a pas réjouis

Grandes incertitudes quant aux futures vagues infectieuses de virus respiratoires

Durant la deuxième vague de COVID-19, la circulation d'autres virus respiratoires (influenza, parainfluenza, virus respiratoire syncytial [VRS], adénovirus, mé-tapneumovirus, entérovirus et rhinovirus) a drastiquement diminué, avec des nombres de cas qui sont en partie restés pratiquement nuls durant l'hiver! Cet effet est attribué aux mesures de protection contre le coronavirus, notamment à la distanciation sociale, à la mobilité limitée et au port du masque. Il y a là de quoi se réjouir.

Des incertitudes planent néanmoins sur l'avenir concernant l'ensemble des virus respiratoires si les interventions non-pharmacologiques (INP) sont assouplies, ce qui sera vraisemblablement le cas [1]. En raison de l'immunité déclinante, le VRS pourrait avant tout aussi redevenir actif voire devenir plus actif en dehors des mois d'hiver. Les épidémies de grippe pourraient devenir plus agressives pour la même raison et la mise au point d'un bon vaccin pourrait devenir plus compliquée en raison de données antigéniques insuffisantes. Tandis que l'être humain est le seul réservoir du VRS, les virus influenza pourraient, à partir d'un réservoir animal, se mettre à l'affût d'une occasion opportune pour s'en prendre à l'être humain, dont la mémoire immunitaire est entre-temps affaiblie.

Afin que le monde ne sombre pas dans une pandémie de grippe après le COVID-19 (vagues 1 et 2), il est essentiel de disposer d'un système de surveillance (avec des séquençages du génome des virus respiratoires et une corrélation avec les données épidémiologiques et cliniques). Le «Global Influenza Hospital Surveillance Network» (GIHSN) [2] tente de remplir cette mission.

1 *Science.* 2021, doi.org/10.1126/science.abh3986.

2 www.gihsn.org

Rédigé le 04.06.2021.

Pour les médecins hospitaliers

A quel moment de la journée faut-il laisser sortir les patients de l'hôpital?

Il est devenu intuitivement populaire de laisser sortir les patients de l'hôpital le matin (parfois avant 10h00 en tant que norme hospitalière) pour des considérations économiques (augmentation du «roulement des patients») et qualitatives (sortie ordonnée le matin).

D'après une étude canadienne menée dans sept hôpitaux et ayant porté sur un total de près de 190 000 sor-

ties (dont 20% entre 08h00 et 12h00) de cliniques de médecine interne générale, les sorties le matin n'ont cependant pas eu d'effet sur la durée moyenne d'hospitalisation, ni sur les réhospitalisations en l'espace de 30 jours et la mortalité hospitalière.

Se focaliser exclusivement sur ce critère ne semble donc être avantageux ni sur le plan économique, ni sur le plan de la qualité (néanmoins mesurée de manière approximative). Cette problématique d'interfaces est complexe et implique par conséquent aussi de nombreux facteurs individuels en partie difficiles à contrôler: transport jusqu'au domicile, charge de travail du personnel hospitalier ou encore disponibilité de médecins de famille, de services d'aide et de soins à domicile et de proches, pour n'en citer que quelques-uns.

J Hosp Med. 2021, doi.org/10.12788/jhm.3605.

Rédigé le 31.05.2021, sur indication du Dr E. Bächli (Uster).

Cela nous a également interpellés

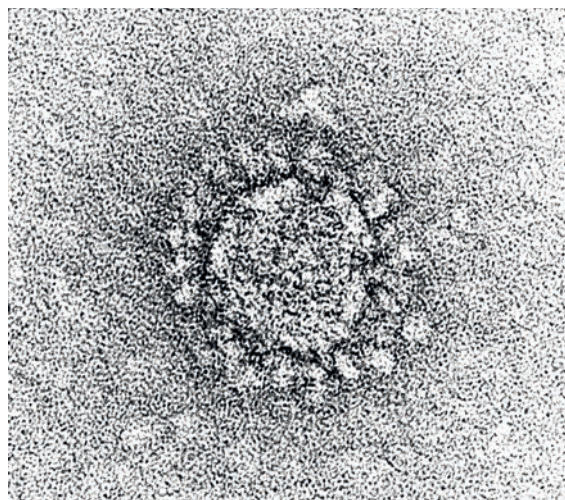
Les patients dialysés ont-ils besoin de 3 doses de vaccin à ARNm?

Non, du moins pas la majorité d'entre eux. Parmi 97 personnes vaccinées au moyen du vaccin à ARNm de Pfizer-Biontech, la séroconversion s'élevait à près de 90% (86 personnes vaccinées); cinq personnes ont reçu une troisième dose de vaccin sur la base d'un titre d'anticorps insuffisant après deux doses de vaccin. En plus des conséquences négatives connues de l'insuffisance rénale terminale sur l'immunogénicité, une immunosuppression médicamenteuse concomitante (avant tout glucocorticoïdes) était responsable de la réponse immunitaire insuffisante.

Une stratégie vaccinale basée sur le titre d'anticorps pourrait être recommandable pour les patients dialysés et peut-être aussi pour ceux atteints d'insuffisance rénale avancée sans dialyse, en particulier en cas d'immunosuppression supplémentaire.

Nephrol Dial Transplant. 2021, doi.org/10.1093/ndt/gfab193.

Rédigé le 05.06.2021.



Cliché de microscopie électronique d'une particule de SARS-CoV-2 (Crédit: CDC/ Cynthia S. Goldsmith and A. Tamin; 2020).

Des lettres grecques pour désigner les variants du SARS-CoV-2?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose de remplacer les codes des variants du SARS-CoV-2, qui sont compliqués et stigmatisants aux yeux de certains, par des lettres grecques:

Alpha = B.1.1.7 (variant britannique),

Beta = B.1.351 (variant sud-africain),

Gamma = P1 (variant brésilien),

Delta = B.1.617.2 (variant indien)

etc.

Cette proposition n'arrive-t-elle pas trop tard? Et: L'alphabet grec sera-t-il au juste suffisant pour couvrir les nouveaux «variants of concerns» qui émergeront allègrement ou faudra-t-il quand même des chiffres supplémentaires?

Nature. 2021, doi.org/10.1038/d41586-021-01483-0.

Rédigé le 04.06.2021.

Le «Sans détour» est également disponible en podcast (en allemand) sur emh.ch/podcast ou sur votre app podcast sous «EMH Journal Club»!

