

## Journal Club

# Sans détour

Prof. Dr méd. Reto Krapf

Rédacteur Forum Médical Suisse

## Pertinent pour la pratique

### Hémodialyse et moment optimal pour une intervention chirurgicale

Pour de nombreux patients et patientes traités par hémodialyse trois fois par semaine (standard) en tant que procédé de substitution rénale, le septième jour (le plus souvent le dimanche en cas de rythme lundi-mercredi-ven-dredi\*) est le meilleur jour en termes de qualité de vie. La fatigue et l'intolérance à l'effort sont souvent les plus gênantes le lendemain de la dialyse. Cependant, la bonne forme du dimanche amène aussi les patientes et patients à interpréter de manière peut-être un peu plus libérale les consignes diététiques strictes (hydratation, consommation limitée de sel et de potassium, etc.), et ce d'autant plus que le week-

end est le plus long intervalle sans dialyse de la semaine.

Cela a des conséquences, car la mortalité cardiovasculaire est très significativement la plus élevée le lundi, à savoir dans plus de 20% des cas, probablement en raison d'hyperkaliémies, d'hypervolémies et d'augmentations de la pression artérielle. Si la mortalité était répartie de manière égale sur tous les jours de la semaine, il faudrait s'attendre à une mortalité de bien 14% ( $p = 0,0005$  [1]). En accord avec cette observation, une étude révèle que le taux de mortalité postopératoire est le plus bas lorsque l'intervention a lieu le jour suivant la dernière dialyse [2]. Cela vaut également pour des opérations relativement banales comme le remplacement du cristallin ou les injections intraoculaires.

Afin d'obtenir la mortalité la plus faible possible sans perturber le rythme de dialyse habituel, les interventions électives devraient donc être programmées le premier jour post-dialyse. Dans la mesure où les patientes et patients ne sont pas encore au meilleur de leur forme à ce moment-là, la programmation de l'intervention à cette date nécessite certainement un travail de persuasion de la part du médecin.

\*Dans le cas d'un rythme de dialyse alternatif mardi-jeudi-samedi, le «meilleur» jour subjectif pour les personnes concernées serait le lundi, suivi du jour le plus «dangereux», le mardi.

1 JAMA. 2022, doi.org/10.1001/jama.2022.19442.  
2 JAMA. 2022, doi.org/10.1001/jama.2022.19626.  
Rédigé le 04.11.2022.

### Fibrates: coup d'arrêt?

Les fibrates sont utilisés depuis plusieurs décennies dans le traitement des hyperlipoprotéinémies et la réduction des maladies cardiovasculaires, mais certaines études n'ont pas été concluantes. La sagesse conventionnelle veut qu'ils soient efficaces dans un sous-groupe d'individus présentant une hypertriglycéridémie et un faible taux de HDL [1].

Malheureusement pas, car dans précisément une telle population (plus de 10 000 patientes et patients souffrant de diabète de type 2, d'hypertriglycéridémie et de faibles taux de HDL, dont plus de 90% étaient déjà sous traitement par statine), un fibrate puissant (pémafibrate) a certes réduit les taux de triglycérides et de VLDL et augmenté les concentrations de HDL, mais il n'est pas parvenu à influencer le critère d'évaluation mixte (mortalité cardiovasculaire, événements coronariens, accidents vasculaires cérébraux) lors d'un suivi de près de 3,5 ans [2, 3]. Cela s'appliquait aux individus avec ou sans maladies cardiovasculaires préexistantes.

Il se pourrait que les concentrations d'apolipoprotéine B non significativement modifiées, pour lesquelles il n'existe que des approches thérapeutiques expérimentales, jouent un rôle physiopathologique beaucoup plus important que les fibrates. L'apolipoprotéine B est un facteur d'initiation et de progression non seulement de l'athéromatose, mais aussi des calcifications des valves aortiques et de la sténose aortique.

## Zoom sur...

### Traitement ambulatoire du COVID-19

- Plusieurs médicaments peuvent prévenir les évolutions sévères et les hospitalisations s'ils sont administrés au cours des cinq premiers jours de la maladie.
- Un diagnostic correct basé sur des symptômes cliniques compatibles et des tests antigéniques et/ou PCR positifs est nécessaire.
- Le seul traitement combiné par voie orale est le nirmatrelvir/ritonavir (nom commercial Paxlovid®) et il s'agit du médicament de premier choix pour les traitements précoces chez les individus présentant un risque d'évolution sévère.
- Des interactions médicamenteuses notables sont à prendre en compte avec le nirmatrelvir/ritonavir et peuvent être vérifiées sur <https://www.covid19-druginteractions.org/checker>. Une insuffisance rénale et/ou des hépatopathies pertinentes doivent être prises en considération (cf. fig. S1 dans l'annexe en ligne de l'article).
- En cas de contre-indications au nirmatrelvir/ritonavir, le remdésivir intraveineux pourrait être envisagé pendant trois jours (200 mg au jour 1, 100 mg aux jours 2 et 3).
- Les traitements par anticorps monoclonaux doivent être discutés avec les collègues infectiologues, car l'efficacité de ces traitements dépend du variant du virus (à déterminer) et de nouveaux anticorps seront bientôt introduits.
- Un traitement précoce entre en ligne de compte si tous les critères suivants sont remplis: individus symptomatiques, testés positifs, âgés de >12 ans avec un poids corporel de  $\geq 40$  kg; début du traitement dans les cinq jours suivant l'apparition des symptômes, éventuellement plus tard chez les immunodéprimés; présence d'une situation à haut risque (infection par le VIH avec nombre de CD4 <200/ $\mu$ l; troubles immunitaires congénitaux; individus sous traitement par anticorps anti-CD20 et anti-CD19; maladies hématologiques malignes; personnes ayant subi une transplantation d'organe; drépanocytose).

Guidelines SARS-CoV-2 sur <https://www.sginf.ch/current-items/current-items.html>.  
Rédigé le 05.11.2022. L'annexe en ligne est disponible sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.09296>.

1 Curr Atheroscler Rep. 2020, doi.org/10.1007/s11883-020-00846-8.

2 N Engl J Med. 2022, doi.org/10.1056/NEJMoa2210645.

3 N Engl J Med. 2022, doi.org/10.1056/NEJMe2213208. Rédigé le 05.11.2022.

### Pour les médecins hospitaliers

#### Meilleure stratégie pour la prophylaxie des infections dans la chirurgie colorectale élective?

Lors des interventions chirurgicales colorectales électives, les infections de plaies postopératoires restent un problème et surviennent dans 25% des cas. La valeur d'une prophylaxie intraveineuse est incontestée, tandis que les données concernant la préparation mécanique de l'intestin avant l'intervention sont moins uniformes, sauf en cas de résections rectales. Une antibioprofylaxie orale supplémentaire améliore-t-elle la prévention des infections, par exemple par une décontamination partielle de l'intérieur de l'intestin?

Oui, car la prophylaxie orale au moyen d'un analogue du métronidazole (1 g d'ornidazole au moins 12 heures avant l'intervention), en plus de la prophylaxie intraveineuse par céfoxitine (30 minutes avant l'incision), a réduit significativement le taux d'infections de près de moitié (de 22% sans prophylaxie à 13% avec la prophylaxie orale). Les résultats de cette étude (463 cas évaluables dans chacun des deux groupes) n'étaient toutefois statistiquement significatifs que si une préparation mécanique de l'intestin avait eu lieu.

Il semble donc que la réduction du réservoir bactérien colonique par la purge et les antibiotiques agissant dans la lumière intestinale ait le plus grand effet sur la réduction du taux d'infections des plaies.

BMJ. 2022, doi.org/10.1136/bmj-2022-071476. Rédigé le 04.11.2022.

### Cela nous a également interpellés

#### Maladies inflammatoires de l'intestin et augmentation des maladies cardiovasculaires

Les maladies inflammatoires de l'intestin (essentiellement la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn) ont une prévalence considérable de 300-400 cas pour 100 000 individus dans une population normale, surtout dans le monde «occidental». Les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, les hospitalisations pour insuffisance cardiaque et la fibrillation auriculaire surviennent à une fréquence accrue. L'augmentation du risque d'insuffisance cardiaque (notamment en cas de colite ulcéreuse) et de fibrillation auriculaire d'un facteur 2 chacune est particulièrement frappante.

### Pertinent pour la pratique



Tomodensitométrie, coupe axiale: dissection de type A de l'aorte (Case courtesy of Assoc. Prof. Frank Gaillard).

## Evolutions à long terme après des dissections aortiques

En cas de dissection aortique, un espace de dissection se forme entre l'intima et la média à la suite d'une déchirure de la paroi, la classification de Stanford faisant la distinction entre les anévrismes de type A (atteinte de l'aorte ascendante) et les anévrismes de type B (débutant à la sortie de l'artère sous-clavière gauche). Les principales comorbidités sont les anévrismes aortiques vrais, l'hypertension et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Les conséquences d'une dissection sont – entre autres et de manière variable selon le type – la tamponnade cardiaque, l'insuffisance valvulaire aortique, les hémorragies et les dysfonctionnements organiques ischémiques, par exemple l'insuffisance rénale aiguë.

Dans une grande cohorte danoise, plus de 3000 cas d'anévrismes de type A ou de type B ont pu être analysés au total. La mortalité à 30 jours était de 22% pour le type A et de 14% pour le type B. La mortalité était similaire chez les femmes et les hommes et ne s'était malheureusement pas améliorée au fil des ans. Ce dernier point est étonnant, car des progrès généraux sont documentés avec la chirurgie cardio-thoracique pour le type A et les traitements endovasculaires pour le type B. Pour les patientes et patients qui ont survécu aux 30 premiers jours, la mortalité à 5 ans était cependant plus faible pour le type A et correspondait à celle d'une population générale hypertendue. Pour le type B, la mortalité était en revanche significativement plus élevée par rapport à la même population (augmentation du risque de 40%,  $p < 0,001$ ).

Les auteures et auteurs ont sans doute raison d'écrire que la prise en charge du type B devrait être réexaminée et intensifiée au cours de l'évolution à long terme. Une indication plus libérale de la révision chez les patientes et patients ayant survécu à la phase initiale permettrait peut-être de réduire le nombre de décès d'origine aortique (25% de tous les cas) dans le type B.

Circulation. 2022, doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061065.

Rédigé le 06.11.2022.

Divers mécanismes entrent en ligne de compte pour les effets indésirables cardiovasculaires: processus inflammatoires avec lésion fonctionnelle/anatomique de l'endothélium, thrombocytoses, dyslipidémies, modification du microbiome intestinal et métabolites circulants associés, ainsi qu'effets indésirables des traitements, parmi lesquels on compte surtout les glucocorticoïdes, dont l'utilisation est cependant aujourd'hui de plus en plus différenciée et brève.

On peut douter, mais il faut néanmoins espérer, que les agents thérapeutiques de plus en plus efficaces puissent supprimer ces effets indésirables cardiovasculaires à long terme.

Am J Med. 2022, doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.08.012. Rédigé le 29.10.2022.

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