

Sans détour

Prof. Dr méd. Lars C. Huber, Prof. Dr méd. Martin Krause

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Pertinent pour la pratique

Compléments alimentaires pour la réduction des lipides

L'étude présentée ici [1] plaide contre un rôle efficace des compléments végétaux dans la gestion du cholestérol: 200 personnes âgées de 40–75 ans, présentant un taux de cholestérol LDL compris entre 1,8 et 4,9 $\mu\text{mol/l}$ et un risque à 10 ans élevé à très élevé de futur événement cardiovasculaire ont été randomisées. Les groupes parallèles de l'étude comprenaient un traitement par statine à faible dose (rosuvastatine 5 mg), un placebo, de l'huile de poisson, de la cannelle, de l'ail, du curcuma, des stérols végétaux et du riz rouge, tous pris une fois par jour pendant 28 jours.

Le traitement par rosuvastatine a réduit les valeurs de cholestérol LDL de 35%, le cholestérol

total de 23% et les triglycérides de 18%. A l'inverse, aucun des compléments alimentaires évalués n'a entraîné de réduction significative des lipides ou de différences significatives par rapport au placebo.

Bien entendu, il s'agit d'une petite étude monocentrique portant sur un choix sélectionné de compléments alimentaires, dont tous ne sont d'ailleurs pas commercialisés en tant que produits anti-cholestérol naturels. Selon l'effet attendu, les groupes étaient probablement aussi trop petits pour détecter des différences par rapport au placebo. L'éditorialiste appelle donc à ne pas considérer trop hâtivement tous les compléments alimentaires comme inefficaces [2].

J Am Coll Cardiol. 2023. doi.org/10.1016/j.jacc.2022.10.013.

J Am Coll Cardiol. 2023. doi.org/10.1016/j.jacc.2022.11.004.

Rédigé le 8.1.23_HU.

Hydrochlorothiazide et chlortalidone équivalents en tant qu'antihypertenseurs

Dans le traitement de l'hypertension artérielle, les diurétiques thiazidiques sont toujours considérés comme extrêmement efficaces. L'hydrochlorothiazide (HCT), le prototype des diurétiques thiazidiques, et la chlortalidone, un analogue thiazidique, sont les plus utilisés. Jusqu'à présent, la chlortalidone semblait présenter quelques avantages par rapport à l'HCT, car elle a obtenu de meilleurs résultats dans différentes études et a une demi-vie plus longue. Toutefois, il n'existait pas de comparaison directe jusqu'alors.

Une étude a comparé les deux substances chez un grand nombre de patientes et patients (13 523 personnes hypertendus, âgés de >65 ans, >95% d'hommes) en ce qui concerne le critère d'évaluation combiné suivant: infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hospitalisation pour insuffisance cardiaque, angine de poitrine instable et décès. L'approche pragmatique de cette étude a consisté à traiter initialement tous les participantes et participants par 25 ou 50 mg d'HCT par jour. Pour la randomisation, ils ont soit a) continué à recevoir de l'HCT, soit b) reçu à la place 12,5 ou 25 mg de chlortalidone par jour. Après 2,4 ans en moyenne, aucune différence n'a été observée entre les deux diurétiques: le critère d'évaluation combiné a été atteint chez 10,4% des personnes du groupe chlortalidone et chez 10% de ceux du groupe HCT. L'analyse en sous-groupes n'a elle non plus révélé aucune différence, hormis pour les personnes avec ou sans antécédents d'événements ischémiques. Les hypokaliémies étaient significativement plus fréquentes sous chlortalidone (6,0 vs. 4,4%, $p < 0,001$).

Sur la base de ces données, les deux diurétiques thiazidiques peuvent aujourd'hui probablement être considérés comme équivalents dans le traitement de l'hypertension. Contrairement à l'HCT (Esidrex®), la chlortalidone (anciennement Hygroton®) n'est plus disponible en Suisse en tant que monopréparation depuis 2014. Les deux principes actifs sont contenus dans de nombreuses préparations combinées.

N Engl J Med. 2022. doi.org/10.1056/NEJMoa2212270.

Rédigé le 16.1.2023_MK.

Zoom sur...

Hépatite alcoolique

- L'alcool provoque un large éventail de maladies hépatiques, allant de la stéatose, en passant par la stéatohépatite et la fibrose hépatique, jusqu'au développement d'une cirrhose.
- L'hépatite alcoolique est une affection aiguë grave survenant chez des personnes qui souffrent déjà d'une hépatopathie alcoolique et qui continuent à consommer de l'alcool – il est intéressant de noter que l'on ne sait pas si la quantité d'alcool et/ou le mode de consommation jouent un rôle pathogène pertinent.
- La prévalence est inconnue, mais elle est en augmentation (depuis la pandémie de COVID-19?), en particulier chez les jeunes adultes et les femmes.
- Le diagnostic est établi cliniquement et sur la base de paramètres de laboratoire: l'ictère, la poursuite de la consommation d'alcool, une bilirubine >50 $\mu\text{mol/l}$ et une AST/ALT >1,5 ont été proposés comme critères diagnostiques. D'autres maladies du foie (par ex. hépatite virale, auto-immune et ischémique, maladie de Wilson) doivent être exclues. Une biopsie est souvent effectuée.
- Différents scores sont utiles pour estimer la mortalité – qui est nettement augmentée (20–50%)! – et la réponse à une corticothérapie.
- Chez les malades ayant un score MELD («Model For End-Stage Liver Disease») élevé, les glucocorticoïdes ont un effet bénéfique à court terme. La mortalité à trois mois n'est toutefois pas influencée. Il en va de même pour un traitement antioxydant supplémentaire à base de N-acétylcystéine.
- Le facteur le plus important pour le pronostic à long terme est l'abstinence d'alcool rigoureuse. Or, seule environ la moitié des personnes concernées y parviennent. Même après une éventuelle transplantation, le taux de succès reste décevant à cet égard. De nouveaux concepts sont nécessaires, avec des approches holistiques et multidisciplinaires.

N Engl J Med. 2023. doi.org/10.1056/NEJMra2207599.

Rédigé le 9.1.23_HU.

Toujours digne d'être lu

Le signe de «Hoagland»

Robert J. Hoagland était un médecin militaire américain. En 1952, il a publié une monographie de plusieurs pages sur la mononucléose infectieuse dans l'«American Journal of Medicine» [1]: celle-ci contenait à la fois des données cliniques personnelles et une revue détaillée de la littérature déjà publiée. Il était déjà évident à l'époque qu'il s'agissait d'une maladie infectieuse très contagieuse, surtout chez les jeunes («kissing disease»), même si les virus d'Epstein-Barr qui en étaient responsables n'avaient pas encore été identifiés. Sur le plan clinique, les 56 cas rassemblés par Hoagland – des cadets-officiers de l'académie de West Point – présentaient tous de la fièvre et un gonflement des ganglions lymphatiques, une pharyngo-amygdalite était présente dans >80% des cas. Hoagland a également observé un gonflement des paupières supérieures chez un tiers des personnes examinées (19 cas): «Supra-ocular edema, present early in the course of illness, should be emphasized more as a helpful sign. It consists of a drooping of the swollen orbital position of the upper eyelid upon the palpebral portion, and sagging of the latter, which is also swollen, resulting in a narrower ocular aperture.»

Ce signe, qui porte son nom, est une caractéristique diagnostique utile, comme Hoagland l'avait déjà lui-même anticipé: dans un travail suisse récent, 14/26 personnes avec mononucléose infectieuse présentaient un gonflement des paupières au sens d'un signe de Hoagland [2].

1 Am J Med. 1952, doi.org/10.1016/0002-9343(52)90154-x.

2 Infection. 2022, doi.org/10.1007/s15010-022-01932-6.

Rédigé le 8.1.23_HU.

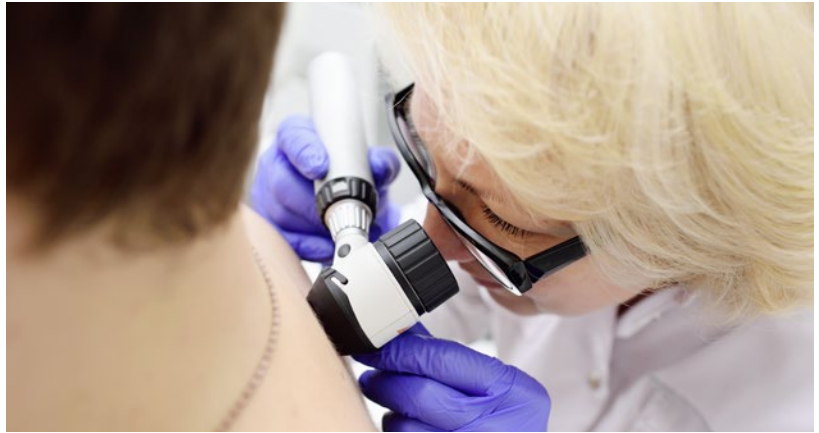
Pour les médecins hospitaliers

Artérite à cellules géantes: biopsie nécessaire?

La biopsie des artères temporales est considérée comme l'examen de référence pour le diagnostic de l'artérite à cellules géantes. En raison de sa sensibilité relativement faible (jusqu'à 70%), une corticothérapie est néanmoins souvent débutée en cas de suspicion clinique malgré une biopsie négative.

Dans ce travail canadien, l'influence de la biopsie de l'artère temporale sur le traitement par corticoïdes a été examinée sur la base de 13 études. L'analyse a porté sur 1355 patientes et patients (73% de femmes, âge moyen 70,5 ans), dont 463 ont eu une biopsie positive et 892 une biopsie négative. Les informations sur les traitements antérieurs et postérieurs aux corticoïdes ainsi que sur l'arrêt du traitement n'étaient pas disponibles dans toutes les études, raison pour laquelle les analyses se basaient sur des chiffres différents. Chez les personnes sans traitement préalable, un traitement a été initié

Cela nous a également interpellés



© Evgeniy Kalinovskiy / Dreamstime

La recherche de facteurs prédisposant au cancer de la peau a aussi inclus la vitamine D.

Mélanome moins fréquent en cas de prise régulière de vitamine D

Sous l'influence des rayons UV-B, le soleil favorise la production de vitamine D dans la peau. Ce rayonnement UV-B induit aussi incontestablement différentes tumeurs cutanées malignes, parmi lesquelles les kératoses actiniques, les carcinomes spino-cellulaires, les carcinomes basocellulaires et les mélanomes. La question de savoir si la vitamine D accumulée dans la peau a un lien avec la carcinogenèse ou, au contraire, si elle protège même contre le cancer de la peau n'est pas tranchée.

Dans le cadre d'une recherche sur les facteurs prédisposant au cancer de la peau, un groupe finlandais a inclus la prise orale de vitamine D dans l'analyse. L'étude a porté sur 498 adultes (âgés de 21–79 ans, autant de femmes que d'hommes) qui présentaient un risque de cancer de la peau, quel qu'il soit. Parmi ceux qui prenaient régulièrement de la vitamine D, il y avait significativement moins de personnes avec un mélanome antérieur ou actuel (18%) que parmi ceux sans prise de vitamine D (32%, $p = 0,021$). Même lorsque tous les types de cancer de la peau étaient regroupés, la prise de vitamine D était associée à significativement moins de cancers (62 vs. 75%, $p = 0,027$). Le taux de vitamine D mesuré dans le sang ne jouait aucun rôle.

La conception de l'étude et le petit nombre de patientes et patients ne suffisent pas pour promouvoir les préparations à base de vitamine D contre la survenue de mélanomes ou de tumeurs cutanées. Il faudrait déterminer, avec un plus grand nombre d'individus, si la prise de vitamine D concernait avant tout ceux rarement exposés au soleil.

Melanoma Res. 2022, doi.org/10.1097/CMR.0000000000000870.

Rédigé le 15.1.2023_MK.

significativement plus souvent après une biopsie positive qu'après une biopsie négative ($p < 0,001$). Chez $\frac{3}{4}$ des personnes participantes à l'étude, une corticothérapie avait déjà été initiée avant la biopsie; significativement plus souvent chez les personnes dont la biopsie était positive que chez celles avec biopsie négative. Les corticoïdes initiés avant la biopsie n'ont été suspendus que dans 47% des cas après une biopsie négative. En ce qui concerne la durée des traitements par corticoïdes, il n'y avait pas de différence entre le groupe traité avec biopsie positive et le groupe traité avec biopsie négative. Les auteurs en concluent que la biopsie n'a qu'une influence minimale sur la décision de recourir à une corticothérapie au long cours. Ils

rappellent à cet égard que l'intervention entraîne parfois aussi des complications qui n'ont pas été étudiées jusqu'à présent.

La question de savoir si une biopsie est nécessaire pour le diagnostic d'une artérite à cellules géantes est très ancienne. En cas de présentation clinique et de résultats de laboratoire convaincants, il est possible de renoncer à une biopsie. Il ne faut pas oublier que les méthodes non invasives, telles que l'échographie Doppler, l'IRM et le PET-scan, permettent de visualiser l'inflammation des artères de manière de plus en plus fiable.

Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022, doi.org/10.1097/GOX.00000000000004185. Rédigé le 14.1.2023_MK.