

Journal Club

Sans détour

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Pertinent pour la pratique

Prudence: contamination par la tuberculose via du matériel ou des plaies

En 2021, aux États-Unis, le matériel osseux d'un homme de 80 ans a été transféré à 133 receveuses et receveurs. On ignorait que le défunt

souffrait de tuberculose (TB). La greffe osseuse allogénique a entraîné une TB au site d'implantation chez 83 receveuses et receveurs [1]. Par la suite, 4884 personnes impliquées dans la préparation, la distribution et l'implantation du matériel osseux infecté ou dans les soins dis-

pensés aux 83 patientes et patients ont été examinées [2]: 73 (1,5%) d'entre elles, qui étaient toutes négatives au dépistage de la TB (un mois à cinq ans auparavant), ont présenté un test cutané ou un test de détection de l'interféron- γ positif. Les radiographies thoraciques des 73 personnes ne montraient pas d'infiltrats, ce qui signifie qu'elles avaient été nouvellement infectées sans qu'aucune ne soit malade (TB latente). Les lieux de transmission identifiés étaient les suivants: services de préparation (3), blocs opératoires (9), unités postopératoires (4), unités de soins et unités de soins de longue durée (35). Pour les 22 personnes restantes, le lieu de la contamination n'a pas pu être déterminé avec certitude. La manière dont les mycobactéries ont été transmises lors de la préparation de l'os du donneur, du rinçage des plaies des patientes et patients ou du lavage du matériel chirurgical contaminé demeure inexpliquée. L'aérosolisation est la cause la plus probable de la transmission. Même si ce travail n'apporte finalement pas la preuve que les contaminations proviennent du matériel du donneur et que le taux de transmission est plus faible que lors d'un contact étroit avec des personnes atteintes de TB pulmonaire, il pourrait être vu comme une mise en garde: une transmission de *Mycobacterium tuberculosis* se produit aussi en cas de TB extra-pulmonaire et avec du matériel contaminé par la TB. Il vaut la peine de respecter les principes d'hygiène lors de ces contacts également.

1 Lancet Infect Dis. 2022, doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00425-X.

2 Clin Infect Dis. 2023, doi.org/10.1093/cid/ciad029.
Rédigé le 10.2.2023_MK

Zoom sur...

L'entorse de la cheville (articulation talo-crurale)

- L'entorse de la cheville (articulation talo-crurale) est l'une des blessures sportives les plus fréquentes. Selon les estimations, 80% de la population est victime d'une entorse de la cheville une fois au cours de sa vie. La plupart de ces entorses sont prises en charge au cabinet de médecine de famille.
- L'entorse de la cheville résulte le plus souvent de la combinaison d'une flexion, d'une adduction et d'une inversion soudaines du pied. Ce traumatisme en supination entraîne un étirement excessif des ligaments latéraux; dans env. 1/10 des cas, il en résulte une rupture partielle ou totale. En cas de mécanismes traumatiques plus complexes, les ligaments médiaux peuvent également être touchés.
- La plupart du temps, la personne blessée se présente avec des douleurs, un gonflement et un hématome dans la région de la malléole latérale. En cas de rupture, le pied ne peut plus être mis en charge.
- Après le test de mobilité (flexion/extension/éversion/inversion), la région de l'appareil ligamentaire médial et latéral est palpée afin de localiser la lésion ligamentaire. Le péroné proximal doit également être palpé (fracture de Maisonneuve en cas de traumatisme en pronation).
- Une radiographie est recommandée lorsque le pied ne peut plus être mis en charge. Une radiographie est également indiquée en présence de points douloureux à la pression au niveau de la malléole médiale et latérale, de l'os naviculaire et de la base du 5e métatarsien [1]. Les clichés sont pris en incidence antérieure/postérieure et latérale; les radiographies de stress sont obsolètes au stade aigu.
- Traitement initial: mise au repos (2-10 jours, selon la sévérité du traumatisme), application de froid, compression avec bande élastique et surélévation. Analgésie par AINS; le paracétamol et les opioïdes ont une efficacité analgésique équivalente [2].
- Une immobilisation prolongée assombrit le pronostic [2]. Par conséquent, la mobilisation rapide dans une orthèse de cheville pendant 4-6 semaines est aujourd'hui la norme. La mise en charge se fait en fonction des symptômes. Le drainage lymphatique par physiothérapie est utile en cas de gonflement persistant.
- Une consultation de chirurgie orthopédique est judicieuse en cas de blessures sévères avec atteinte osseuse et ruptures ligamentaires, ainsi qu'en présence d'autres blessures supplémentaires et d'une instabilité chronique de l'articulation talo-crurale.

1 BMJ. 2003, doi.org/10.1136/bmj.326.7386.417.

2 Front Med. 2022, doi.org/10.3389/fmed.2022.868474.
Rédigé le 12.2.2023_MK

Arsenal thérapeutique contre l'ostéoporose

Environ 20% des femmes suisses de >50 ans (et env. 7% des hommes) développent une ostéoporose. Une revue systématique américaine [1] a comparé les différentes options thérapeutiques en termes d'efficacité pour prévenir les fractures et de survenue d'effets indésirables. Au total, 136 articles ont été inclus, dont 34 études

randomisées contrôlées et 36 études observationnelles. Une réduction significative des fractures a été observée avec les bisphosphonates et l'inhibiteur de RANKL dénosumab. Une durée de traitement prolongée augmentait le risque de nécroses de la mâchoire et de fractures atypiques du fémur – même si ces événements étaient globalement rares. Le téraparatide, un analogue de la parathormone, réduisait également le risque de fracture, mais était plus souvent arrêté en raison d'effets indésirables (nausées). Les modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes (raloxifène) réduisaient avant tout l'incidence des fractures vertébrales.

L'aspect problématique est que la durée des études analysées était <5 ans. Alors qu'un traitement antirésorptif réduit le risque de fracture à moyen terme, une inhibition à long terme du métabolisme osseux physiologique est à l'origine d'une structure osseuse hyperminéralisée et fragilisée, et donc probablement à nouveau d'un risque accru de fracture [2]. Des études avec une durée de traitement plus longue et une focalisation sur des approches thérapeutiques séquentielles seront donc nécessaires. Les données présentées dans l'article en question indiquent qu'un traitement par l'inhibiteur de la sclérostine romosozumab, suivi par le bisphosphonate alendronate et l'analogue de la parathormone téraparatide, est nettement plus efficace qu'un traitement par bisphosphonate seul.

1 Ann Intern Med. 2023, doi.org/10.7326/M22-0684.

2 Ann Intern Med. 2023, doi.org/10.7326/M22-3580.

Rédigé le 12.2.23_HU

Cela nous a également interpellés Incertitude dans notre quotidien professionnel

Dans un éditorial du «Green Journal», D. Lichtstein rappelle un principe essentiel qu'il nous recommande, à nous médecins, de prendre à cœur. Il s'agit de reconnaître que l'incertitude nous accompagne dans notre quotidien professionnel, que ce soit lors de la pose d'un diagnostic, du choix d'un traitement ou de l'évaluation du pronostic.

La plupart du temps, la patiente ou le patient ne perçoit probablement pas ces flottements chez nous et croit que le diagnostic posé est «sûr» et que le traitement est «correct». De plus, nous, médecins, pensons que la patiente ou le patient ne doit pas percevoir nos incertitudes, au risque de mettre en jeu notre crédibilité.

Les patientes et patients ont-ils le droit de percevoir l'incertitude du médecin? Sa réponse est claire: dissimuler l'incertitude ajoute encore plus de charge psychique et de stress. La première étape: réaliser que je ne suis pas sûr(e) et peut-être même dépassé(e). Ce n'est qu'ainsi que l'action suivante est rendue possible et facilitée: discus-

Toujours digne d'être lu



© Kampus Production / Pexels

Les coudes en action: pour se boucher les oreilles et pour donner des petits coups.

Apnée du sommeil: quand le coude mène au diagnostic...

L'apnée obstructive du sommeil est un facteur de risque pour diverses maladies cardiovasculaires secondaires et, lorsqu'elle est symptomatique, elle s'accompagne d'une nette diminution de la qualité de vie – fatigue diurne, tendance à l'endormissement, risque d'accident. Comme l'a montré cette petite étude prospective, une anamnèse ciblée et deux questions simples permettent d'augmenter de manière significative la valeur prédictive positive pour la présence d'une apnée obstructive du sommeil: Does your bed partner ever poke or elbow you 1) because you are snoring? et 2) because you stopped breathing? Si la réponse à l'une des deux questions était positive, la probabilité pré-test d'un indice d'apnée/hypopnée pathologique ($\geq 5/h$) augmentait nettement. Le lien entre ce «coup de coude» et la présence de pauses respiratoires est particulièrement impressionnant dans le collectif des hommes obèses (IMC >31): dans cette constellation, un signe du coude positif est pratiquement diagnostique pour la présence d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (spécificité >96%). Pour le dépistage en cas de suspicion d'apnée obstructive du sommeil, il vaut donc la peine de demander de manière ciblée aux patientes et patients s'ils ont déjà reçu des coups de coude en raison de ronflements et de pauses respiratoires.

Chest. 2014, doi.org/10.1378/chest.13-1046.

Rédigé le 10.2.23_HU

sion avec les collègues et/ou: implication active de la patiente ou du patient dans les réflexions et les décisions et donc recherche d'une solution orientée/basée sur la patiente ou le patient.

Et ses conseils pratiques, que nous appliquons sans doute nous-mêmes régulièrement: 1) inviter la patiente ou le patient à se manifester si la situation ne s'améliore pas ou s'aggrave; 2) prévoir une consultation téléphonique le lendemain; 3) fixer la prochaine consultation dans les meilleurs délais; 4) prendre le temps de lire et de faire des recherches sur la maladie (études de cas, nouveaux traitements).

Lichtstein est convaincu que cette stratégie renforce la confiance dans la relation médecin-patient et nous protège mieux contre le surmenage et le burnout.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.12.018.
Rédigé le 10.2.2023_MK