

Journal Club

Sans détour

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Pertinent pour la pratique

Traitement de la douleur en cas de lombalgie aiguë

La lombalgie aiguë est l'un des motifs de consultation médicale les plus fréquents. Compte tenu de cette fréquence, il est étonnant que des bases solides pour les interven-

tions analgésiques pharmacologiques sont limitées.

Une revue ayant initialement identifié >12000 travaux a finalement inclus 18 études randomisées contrôlées portant sur 3478 patientes et patients (>18 ans), qui ont livré les résultats suivants pour le traitement médica-

menteux en cas de lombalgies aiguës (<12 semaines) non spécifiques:

- le paracétamol n'est pas efficace;
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont efficaces;
- les AINS + paracétamol sont plus efficaces que les AINS seuls;
- les myorelaxants sont efficaces.

Zoom sur...

La radiographie thoracique

- Plus de 120 ans après son introduction dans la pratique clinique, la radiographie thoracique reste la modalité radiologique la plus fréquemment utilisée: elle est disponible partout, est bon marché et s'accompagne d'une faible exposition aux radiations. Chez les patientes et patients présentant des symptômes respiratoires, une radiographie thoracique est en général réalisée en premier lieu.
- La prévalence des résultats erronés («diagnostics manqués», «erreurs d'interprétation») est d'environ 5% de tous les clichés.
- On peut globalement distinguer deux types d'erreurs: dans le cas d'une erreur de perception («perceptual error» ou «observer error»), la lésion en question n'est même pas détectée. L'erreur cognitive («cognitive error»), plus rare, consiste à bel et bien voir une structure, mais à l'interpréter de manière erronée.
- Des exemples courants de «diagnostics manqués» sont: 1. les nodules pulmonaires (dans 90% des cas où un diagnostic de cancer du poumon est rétrospectivement qualifié d'erroné, l'erreur se produit déjà lors de l'interprétation de la radiographie thoracique); 2. les pneumonies rétrocardiaques (importance des clichés latéraux!); 3. les pneumothorax en position couchée («deep sulcus sign»); 4. les processus expansifs hilaires («red flag»: lorsque le hile droit est plus haut que le gauche); 5. les lésions osseuses (les fractures manquées sont, après les nodules pulmonaires, la deuxième cause la plus fréquente de plaintes médico-légales en rapport avec les radiographies thoraciques); 6. les positions incorrectes d'équipements posés (27% des cas, donc plus fréquentes qu'on ne le pense!).
- La connaissance des principaux écueils permet de les éviter. Il est indispensable de procéder de manière systématique lors de l'interprétation. Cela comprend la comparaison avec des clichés antérieurs, des informations générales sur l'image (S'agit-il d'un cliché en position couchée ou debout?) et le passage en revue rigoureux des structures anatomiques: poumons, plèvre, trachée, hile, médiastin, cœur, diaphragme, os, parties molles, équipements posés et corps étrangers.
- Enfin, il y a le travail de synthèse: l'intégration de toutes les observations dans l'évaluation clinique correspondante.

Chest. 2023, doi.org/10.1016/j.chest.2022.10.039.

Chest. 2023, doi.org/10.1016/j.chest.2022.12.003.

Rédigé le 1.3.23_HU.

Les conclusions de cette étude sont utiles pour notre pratique clinique quotidienne. Les AINS font partie des traitements de premier choix et l'association avec le paracétamol est judicieuse. De même, les myorelaxants (par ex. baclofène, tolpérisone, tizanidine, etc.) sont efficaces. Le paracétamol ne doit pas être utilisé seul. Les différents AINS, le métamizole et les opioïdes n'ont pas été pris en compte dans cette étude. Les auteurs rappellent que les mesures non médicamenteuses (chaleur, acupuncture, massage, etc.) font également partie du plan de traitement des lombalgies aiguës non spécifiques.

J Orthop Res. 2023, doi.org/10.1002/jor.25508.

Rédigé le 6.3.23_MK.

Fonction rénale sous traitement par sacubitril/valsartan

Différents traitements utilisés dans l'insuffisance cardiaque ont certes un effet néphroprotecteur à long terme, mais ils peuvent entraîner une détérioration de la fonction rénale peu après l'initiation du traitement. C'est également le cas du sacubitril/valsartan, pour lequel une diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG) allant jusqu'à 20% est attendue après le début du traitement. La pertinence pronostique de cette diminution est indéterminée.

L'étude citée ici – une analyse post-hoc des grandes études sur l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (PARADIGM-HF) ou préservée (PARAGON-HF) – montre qu'environ 10% des patientes et patients présentent une

diminution du DFG >15% après le passage d'un traitement par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou un sartan au sacubitril/valsartan. Cette diminution est souvent transitoire et se rétablit, du moins partiellement, chez la plupart des patientes et patients dans les quatre mois suivant le début du traitement.

La détérioration initiale n'était pas clairement associée à d'autres critères d'évaluation cliniques. De plus, le bénéfice thérapeutique du sacubitril/valsartan, ou son effet sur les critères d'évaluation primaires (mortalité cardiovasculaire, ré-hospitalisation), était indépendant de la diminution de la fonction rénale pendant la phase de «run-in».

J Am Coll Cardiol. 2023, doi.org/10.1016/j.jacc.2023.02.009. Rédigé le 27.2.23_HU.

Pour les médecins hospitaliers

Sécurité à l'hôpital

Il y a plus de 30 ans, une grande étude américaine sur la sécurité des patientes et patients hospitalisés a fait grand bruit [1]: à l'époque, on comptait près de quatre événements indésirables pour 100 hospitalisations, dont 28% étaient dus à la négligence (et étaient donc potentiellement évitables) et 16% entraînaient des séquelles permanentes, voire le décès. Qu'en est-il aujourd'hui?

Dans une analyse rétrospective [2] d'admissions hospitalières sélectionnées au hasard – au total 2809 admissions stationnaires dans 11 hôpitaux différents –, au moins un événement indésirable a été identifié dans 23,6% des cas. 32% (316/978) de ces événements, dont 7 décès, ont été jugés graves. 23% (222/978) des événements ont été jugés évitables. Les événements indésirables étaient en premier lieu des réactions aux médicaments (39%, dont par fréquence décroissante: hypotension, troubles de la vigilance, insuffisance rénale aiguë), suivis par les événements indésirables après interventions chirurgicales et interventions (30%), les chutes et les escarres (15%) et enfin les infections nosocomiales (infections urinaires, pneumonie).

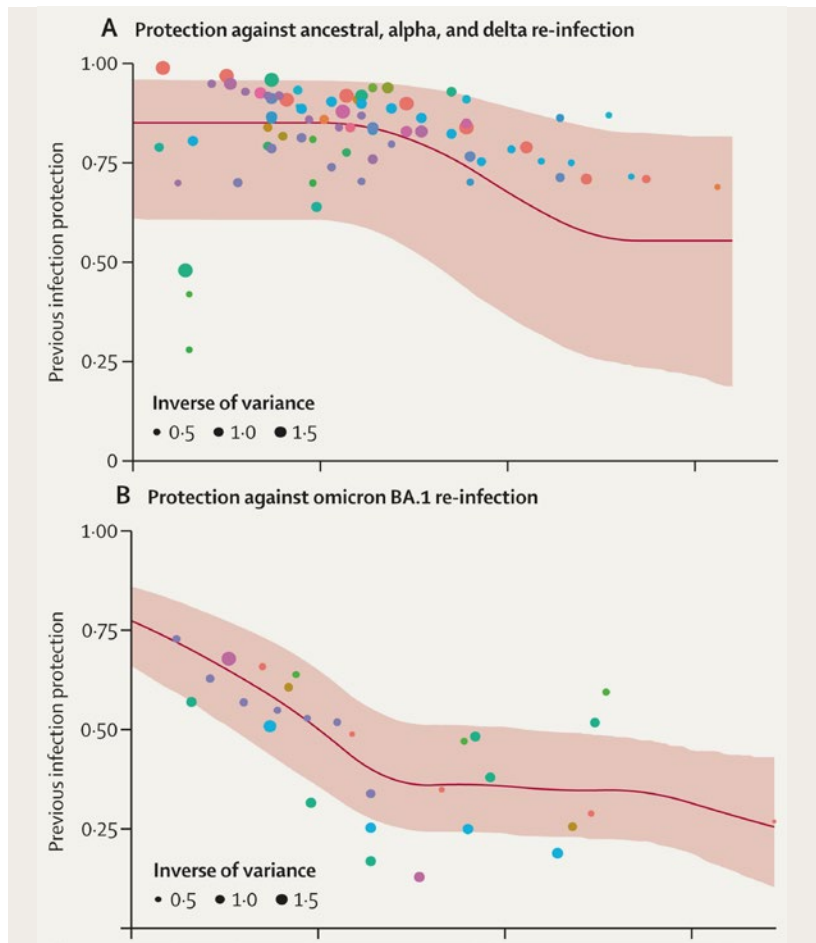
Conclusion: en raison de «l'ambulatoire avant le stationnaire», un collectif plus malade est aujourd'hui traité en milieu hospitalier. Malgré les progrès de la médecine, la numérisation et l'introduction de systèmes de déclaration (par ex. «Critical Incident Reporting System» [CIRS]), il existe un besoin d'améliorations continues et d'une culture de l'erreur correspondante.

1 N Engl J Med. 1991, doi.org/10.1056/NEJM199102073240604.

2 N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMsa2206117.

Rédigé le 25.2.23_HU.

Pertinent pour la pratique



Protection contre la réinfection au cours du temps après la primo-infection: (A) contre l'un des variants initiaux et (B) contre Omicron BA.1 (de: Stein C, et al. Lancet. 2023. doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02465-5).

Immunité naturelle après une infection par le SARS-CoV-2

Cette revue et méta-analyse a évalué l'immunité naturelle acquise suite à une infection symptomatique par le SARS-CoV-2. L'immunité examinée est celle qui a été acquise au début de la pandémie avec les variants initiaux (c'est-à-dire les variants Alpha, Bêta ou Delta): Quel est le niveau de protection contre une nouvelle infection par le SARS-CoV-2?

Au total, 65 études de 19 pays différents ont servi à répondre à cette question sur une période d'observation d'environ un an. Une nette différence a été constatée entre une protection de >85% contre une réinfection par l'un des variants initiaux et une protection de 45% contre une infection par le variant Omicron BA.1. Heureusement, une protection d'environ 90% contre les infections graves avec hospitalisation ou décès a cependant persisté pendant 40 semaines pour tous les variants (Alpha, Delta et Omicron BA.1). La baisse de l'immunité vis-à-vis du variant Omicron, observée sur 40 semaines, a été nettement plus rapide que celle vis-à-vis des variants initiaux. Il est également important de noter que la protection conférée par l'immunité naturelle est au moins égale, voire supérieure, à la protection conférée par la vaccination de base au moyen de vaccins à ARN.

L'étude confirme l'étonnant et impressionnant échappement immunitaire du variant Omicron et nos propres observations anecdotiques selon lesquelles des personnes contractent à nouveau des infections par le SARS-CoV-2 malgré une infection préalable et une vaccination.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02465-5. Rédigé le 6.3.2023_MK.