



Par les Drs Marjorie DUFAUX et

Jacques VANDERSTRAETEN

Médecins Généralistes

rmg@ssmg.be



AVERTISSEMENT: La «Revue des revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture [CL] de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

Hépatite C et trithérapie

Le traitement de référence du patient atteint d'une hépatite C chronique est une association de peginterféron alfa et de ribavirine durant 24 à 48 semaines.

Le bocéprévir est un antiviral, inhibiteur de la NS3/4A sérine protéase du virus de l'hépatite C, qui peut être ajouté à la bithérapie en première intention et en cas d'échec de celle-ci.

Il augmente l'incidence des troubles hématologiques (anémie, neutropénie et thrombocytopénie) et interagit avec le cytochrome P450.

Ce traitement nécessite la prise supplémentaire de 4 gélules 3 fois par jour durant 24 à 32 semaines.

Le télaprévir est un antiviral similaire au bocéprévir, qui peut être ajouté à la bithérapie de référence en cas d'échec de la trithérapie. Il permet d'obtenir un taux de réponse virale plus élevé. Les effets indésirables les plus fréquents sont des éruptions cutanées (plus sévères que l'association peginterféron/ribavirine seule), de l'anémie et des troubles anorectaux (hémorroïdes, inconfort et prurit anal). Ceux-ci sont plus difficiles à traiter que ceux du bocéprévir, c'est pourquoi on le réserve aux patients en échec du bocéprévir. (MD)

Prescrire. Bocéprévir: avancée virologique dans l'hépatite C en trithérapie. La Revue Prescrire. Janvier 2012 ; 339 : 6-10.

Prescrire. Télaprévir: hépatite C, après le bocéprévir, si besoin. La Revue Prescrire. Janvier 2012 ; 339 : 11-14.

Mots-clés: hépatite C, hépatite virale, antiviraux.



Collyre ophtalmique

Le latanoprost¹ est un analogue de la prostaglandine F2alpha qui réduit la pression intraoculaire et constitue un traitement de seconde intention du glaucome (le traitement de référence étant le bétabloquant).

Les effets indésirables du latanoprost sont surtout locaux : assombrissement de l'iris et des paupières, allongement et densification des cils (utilisation esthétique possible), irritation, uvéite et œdème maculaire. Des effets secondaires généraux sont aussi possibles : hypertension artérielle, crise d'asthme, tachycardie, dyspnée et douleur angineuse. (MD)

Prescrire. Latanoprost collyre: après un bétabloquant chez les adultes et les enfants. La Revue Prescrire.
Janvier 2012; 339: 22-23.

Mots-clés: œil, glaucome, hypertension oculaire.

1. Xalatan®

Ablation de la FA

Les données de récentes études sur l'ablation (cautérisation des tissus électriques) des veines pulmonaires dans la fibrillation auriculaire (FA) indiquent que celle-ci est supérieure aux traitements médicamenteux en termes de prévention des récidives de FA. Après 9 à 12 mois, en effet, alors que la récidive est observée dans environ 4 cas sur 5 sous traitement anti-arythmique, elle n'existe que dans 1 cas sur 4 en cas d'ablation. Les recommandations émises en 2011 par l'American College of Cardiology, l'American Heart Association et l'European Society of Cardiology sont donc de recourir à l'ablation en cas de FA symptomatique n'ayant pas répondu au traitement anti-arythmique, chez des patients ne présentant ni dilatation importante de l'oreillette gauche, ni altération marquée de la fonction ventriculaire gauche, ni atteinte pulmonaire sévère.

Bien que se faisant par voie de cathétérisme, l'ablation de la FA n'est pas exempte de complications, la fréquence de celles-ci étant inversement proportionnelle à l'expérience de l'opérateur. Il faut notamment citer : tamponnade cardiaque (1 à 6%), AVC (0 à 2%), sténose de veine pulmonaire (0,5 à 2%), lésion réversible du nerf phrénique (0 à 11%), fistule artéio-veineuse ou pseudo-anévrysme (0,5 à 5%) et lésion œsophagiennne (10%). Enfin, bien que l'ablation ait démontré sa supériorité au traitement médicamenteux en termes de récidive de FA, elle n'a pas, à ce jour, pu démontrer de supériorité en termes de prévention d'AVC ou de morbi-mortalité à long terme. (JV)

Wazni O, Wilkoff B, Saliba W. Catheter ablation for atrial fibrillation. N Engl J Med 2011;365:2296-304.

Mots-clés: fibrillation auriculaire, ablation par cathéter.





Bupropion et grossesse

Le bupropion² est un amphétaminique proposé dans le sevrage tabagique, il provoque une augmentation du risque de malformations cardiaques congénitales. Le bupropion ne sera pas utilisé lors du sevrage tabagique des femmes enceintes. Les recommandations actuelles préconisent le recours aux dispositifs à base de nicotine en cas de grossesse. (MD)

Prescrire. Bupropione:malformations cardiaques congénitales. La Revue Prescrire. Janvier 2012; 339: 26.

Mots-clefs: tabagisme, produits de sevrage tabagique, grossesse.

2. Zyban®

Hyperparathyroïdie primaire

L'hyperparathyroïdie primaire (HPP) représente la cause la plus fréquente d'hypercalcémie. Sa prévalence est de $\geq 1/1000$ et elle apparaît surtout entre les âges de 60 et 70 ans. L'HPP est le plus souvent asymptomatique, mais elle peut parfois causer asthénie, fatigabilité, anxiété et troubles cognitifs. Elle peut aussi être cause d'HTA secondaire et de néphro-lithiasies.

Le diagnostic est posé face à une élévation, même modérée, de la calcémie, associée à un taux de parathormone normal ou élevé. Un dosage de la calcémie chez tous les parents au premier degré s'impose dans les cas où une forme familiale est suspectée (5% des cas) : âge < 30 ans, histoire familiale, hypocalciurie (ratio calcium/créatinine urinaire de 24h $< 0,01$),

tumeurs neuroendocrines. Le bilan implique l'évaluation de la fonction rénale, le dosage de la 25-hydroxyvitamine D et la mesure de la densité osseuse.

Le traitement chirurgical (parathyroïdectomie) s'impose dans les cas suivants : hypercalcémie dépassant la norme supérieure de > 1 mg/dl, Cl créat < 60 ml/min, T-score $< 2,5$, âge < 50 ans. En l'absence de traitement chirurgical, il convient de conseiller un apport adéquat en calcium (identique à celui qui est conseillé en général) et une supplémentation en vitamine D si le taux de 25-OH vitamine D est < 20 ng/ml. Egalement, une surveillance annuelle est requise pour la calcémie et la fonction rénale et une ostéodensitométrie sera répétée tous les 18 à 24 mois.

L'avenir précisera les indications du cinacalcet, un calcimimétique qui accroît la sensibilité de la glande parathyroïde au taux extracellulaire de calcium et exerce donc un effet freinateur sur la sécrétion de parathormone. Ce médicament est déjà prescrit en cas d'HPP avec indication de traitement chirurgical mais avec contre-indication opératoire. Son coût élevé en limite cependant l'usage actuel. (JV)

Marcocci C, Cetani F. Primary hyperparathyroidism. N Engl J Med 2011 ;365 :2389-97

Mots-clefs: hypercalcémie, hyperparathyroïdie primaire



Neuroleptiques et énurésie nocturne

De l'énurésie nocturne est rapportée auprès de 20,7% des patients sous clozapine³, 9,6% sous olanzapine⁴, 6,7% sous quétiapine⁵ et 6,2% sous rispéridon⁶.

Il s'agit d'un effet secondaire bien connu et relativement fréquent mais que les patients ne signalent pas forcément. (MD)

Prescrire. Neuroleptiques: énurésies nocturnes. La Revue Prescrire. Janvier 2012; 339: 25.

Mots-clés: énurésie, énurésie nocturne.

3. Leponex®

4. Zyprexa®

5. Seroquel®

6. Risperdal®

ARCA en cours de marathon

Cette étude a évalué l'incidence et l'issue des arrêts cardiaques (ARCA) survenus en cours de marathon et de semi-marathon aux Etats-Unis entre 2000 et 2010. Sur un total de 10,9 millions de coureurs, 59 ont été victimes d'un ARCA, ce qui correspond à une incidence de 5,4 par million de participants. L'âge moyen des victimes était de 42 ans (la majorité des victimes étaient âgées de 29 à 55 ans) et les hommes étaient plus à risque que les femmes (incidences de 9 et 1,6 par million, respectivement). Également, le marathon (42 km) est une épreuve plus à risque que le semi-marathon (20 km), avec des incidences respectives de 10,1 et 2,7 par million. Les causes de loin les plus fréquentes ont été la cardiomyopathie hypertrophique (CMH) et la maladie coronarienne. Sur les 59 ARCA répertoriés, 42 (soit 71%) ont été mortels. Et les facteurs de bon pronostic ont été, d'une part, la mise en œuvre immédiate par les personnes présentes des manœuvres de réanimation cardio-pulmonaires, et d'autre part, un diagnostic autre que la CMH. (JV)

Kim JH et al. Cardiac arrest during long distance-running races. N Engl J Med 2012;366:130-40.

Mots-clés: mort subite cardiaque, médecine du sport