

ACTUALITES

CRP et risque de pathologie coronarienne, d'AVC et de mortalité : une méta-analyse

Une équipe britannique a réalisé une méta-analyse des données individuelles de 160 309 sujets sans antécédent vasculaire, issus de 54 études prospectives à long terme analysant le caractère prédictif de la CRP. Le taux de CRP était associé de manière linéaire avec plusieurs facteurs de risque conventionnels et avec des marqueurs inflammatoires et pratiquement de manière linéaire avec le risque de maladie vasculaire ischémique et de mortalité non vasculaire.

- Les rapports de risque de maladies coronariennes est 3 fois supérieur : 1.63 (IC 95 % :1.51-1.76) lorsque la CRP était ajustée pour l'âge et le sexe et 1.37 (IC 1.27-1.48) après ajustement pour les facteurs de risque conventionnels.
- Pour les AVC ischémiques, ce risque est de 1.44 (1.32-1.57) après ajustement pour l'âge et le sexe et de 1.27 (1.15-1.40) après ajustement pour les autres facteurs de risque.
- Le rapport de risque pour la mortalité vasculaire était de 1.71 (1.53-1.91) après ajustement pour l'âge et le sexe et de 1.55 (1.37-1.76) après ajustement pour les autres facteurs de risque conventionnels.
- Pour la mortalité non vasculaire, le risque est de 1.55 (1.41-1.69) après ajustement pour l'âge et le sexe et de 1.54 (1.40-1.68) après ajustement pour les facteurs de risque conventionnels

Les concentrations de CRP sont donc associées de manière continue avec le risque de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral ischémique, de mortalité vasculaire et de décès. La raison pour laquelle la CRP entre en relation avec toutes ces maladies n'est pas claire.

The Emerging Risk Factor Collaboration. C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality : an individual participant meta-analysis. Lancet 2010 ; 375 : 132-40.

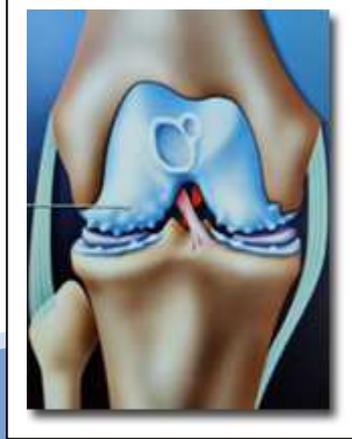
Grossesse extra-utérine : le méthotrexate fait aussi bien que la chirurgie

En cas de grossesse tubaire non rompue, le traitement de la grossesse extra-utérine (GEU) peut être médical (méthotrexate le plus souvent) ou chirurgical (salpingectomie ou salpingotomie avec aspiration de la GEU).

Une étude multicentrique danoise randomisée a comparé chez 106 femmes ces deux stratégies en termes de risque de récurrence de GEU et de préservation de la fertilité. Les femmes ont été randomisées en deux groupes pour recevoir une dose unique de méthotrexate par voie intra-tubaire ou bénéficier d'une salpingotomie laparoscopique. Un suivi a été réalisé par questionnaire et à partir des données médicales sur une durée maximale de 10 ans. Le taux de succès du traitement de la GEU était comparable dans les deux groupes avec 74% pour le traitement médical et 78% après chirurgie. Le taux de grossesse spontanée intra-utérine ultérieure était de 73% après méthotrexate et de 62% après chirurgie sans différence significative entre les deux groupes. De même, le risque de récurrence de GEU était comparables (9,6% après méthotrexate contre 17,3% après chirurgie soit une différence non significative).

Ainsi, le traitement médical n'est pas inférieur au traitement chirurgical tant en ce qui concerne le taux de succès, les complications, la fertilité.

LB Krag Moeller et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009 ; 88 (12) : 1331-7.



Traitement chirurgical de la gonarthrose : Plus de prothèse totale chez les sujets jeunes

En Suède, le nombre d'interventions chirurgicales pour gonarthrose chez les sujets de moins de 55 ans a été multiplié par deux au cours des 10 dernières années.

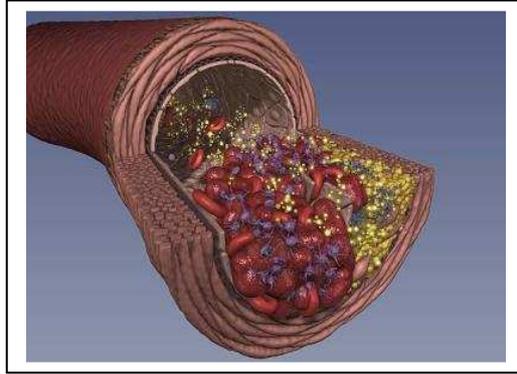
La technique chirurgicale consiste selon les cas en une ostéotomie tibiale haute, une arthroplastie unicompartmentale ou une arthroplastie totale du genou.

Une étude fondée sur le registre suédois des arthroplasties du genou (chez les sujets de moins de 55 ans) et les données du National Board of Health and Welfare (sujets de 30 à 64 ans) recensant l'ensemble des procédures chirurgicales effectuées entre 1998 et 2007 pour arthrose du genou chez des sujets jeunes a mesuré l'évolution des stratégies mises en oeuvre et le taux de révision chirurgicale pour chacune des trois techniques.

Entre 1998 et 2007, le taux de prothèses totales du genou chez les sujets de moins de 55 ans a été multiplié par cinq. Le nombre de prothèses unicompartmentales a été multiplié par trois mais le recours à cette technique a diminué au cours des deux dernières années. L'ostéotomie tibiale qui a longtemps été l'intervention de choix chez les sujets jeunes a été réduite de moitié mais reste préférée à la prothèse unicompartmentale. Chez les sujets de moins de 55 ans, le taux de réintervention après arthroplastie du genou a augmenté entre 1997 et 2007 ; ce risque de révision de prothèse est plus faible en cas de prothèse totale du genou (9%) que de prothèse unicompartmentale (24%). Le risque de révision chirurgicale après ostéotomie tibiale haute et prothèse unicompartmentale -évalué sur 450 sujets âgés de 30 à 64 ans- apparait comparable (17%).

Ainsi que le suggère cette étude, l'âge de la prothèse totale classiquement réservée aux sujets de plus de 60 ans tend à s'abaisser, cette intervention prenant le pas sur l'ostéotomie tibiale et la prothèse unicompartmentale deux techniques qui pourraient à terme disparaître avec la perte d'expertise des chirurgiens.

Acta Orthop. 2009 Dec 8 [Epub ahead of print].



Échec de la contention veineuse pour prévenir le risque thrombo-embolique au cours des AVC

La prévention des thromboses veineuses profondes repose le plus souvent sur l'anticoagulation et/ou la contention veineuse. Toutefois, au cours de la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral (AVC), bien que ces complications soient très fréquentes, le niveau de preuve de ces recommandations est faible et très inégal d'une étude à l'autre.

Une étude internationale ont t testé l'intérêt d'une prévention de la thrombose veineuse profonde par le port de bas de contention, chez des patients ayant un AVC entraînant une incapacité de marcher.

METHODES : Plus de 2 500 patients ont ainsi reçu une prévention de la thrombose veineuse profonde, complétées ou non par des bas de contention. Un échodoppler veineux était pratiqué vers J7-J10 puis vers J25-J30 par un médecin qui ne connaissait pas le mode de traitement.

RESULTATS : Avec une observance du port des bas de contention de 79 % à 14 jours et 73 % à 28 jours, l'incidence des thromboses veineuses profondes, symptomatiques ou non, était identique dans les deux groupes : 10,5 % avec contention, et 10 % sans contention. Par ailleurs, les patients avec les bas de contention accusaient plus de phlyctènes et d'ulcérations cutanées aux membres inférieurs (5 vs 1%).

CONCLUSION : ces données n'incitent pas à prescrire systématiquement des bas de contention. Une bonne hydratation, une mobilisation régulière des membres inférieurs et une héparinothérapie chez les patients à risque élevé de thrombose veineuse profonde restent les principales mesures préventives, le bénéfice des anticoagulants devant toutefois être mis en balance avec le risque de complications hémorragiques.

The CLOTS trials collaboration. Effectiveness of thigh-length graduated compression stockings to reduce the risk of deep vein thrombosis after stroke (CLOTS trial 1): a multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2009;373:1958-65.



Les risques de cancer de la supplémentation en acide folique

L'acide folique aurait un effet préventif sur certaines malformations neurologiques embryonnaires et possiblement sur le cancer colorectal.

Toutefois, les résultats de deux études norvégiennes ont montré une tendance à un risque plus élevé de développer un cancer. Les auteurs de ces deux grandes études épidémiologiques nous fournissent ici des résultats plus affinés avec un plus long recul. Rappelons que ces patients avaient tous une cardiopathie ischémique et qu'après randomisation ils ont reçu pendant 3 ans, soit de l'acide folique (0,8 mg/j), de la vitamine B12 (0,4 mg/j) et de la vitamine B6 (40 mg/j), soit l'association acide folique et vitamine B12, soit de la vitamine B6 seule, soit enfin du placebo. L'analyse effectuée après un suivi médian de plus de 6 ans et demi a confirmé chez les patients ayant reçu de l'acide folique et de la vitamine B12 une augmentation significative du risque de développer un cancer (risque relatif = 1,21; $p = 0,02$), de la mortalité globale ($p = 0,01$) et de la mortalité par cancer ($p = 0,01$).

Commentaires : cette étude effectuée en Norvège, pays où la nourriture n'est pas supplémentée en acide folique, apporte des éléments inquiétants sur le moyen terme, surtout lorsque les concentrations sanguines en acide folique étaient élevées. Même si l'explication est mal connue, le rôle facilitateur sur certaines cellules cancéreuses a été évoqué.

Ebbing M, Bonna K, Nygard O, et al. Cancer incidence and mortality after treatment with folic acid and vitamin B12. JAMA 2009;302:2119-26.