

LU POUR VOUS Des corticostéroïdes pour traiter la dyspnée chez les patients oncologiques?

Les corticostéroïdes par voie systémique sont parfois prescrits pour traiter la dyspnée chez les patients souffrant de cancer. Les données encourageant cette pratique sont toutefois lacunaires. Dans cet essai randomisé contrôlé en double aveugle, Hui et coll. ont testé l'efficacité d'un traitement par

dexaméthasone (8 mg 2 x/jour) pour réduire la dyspnée chez des patients oncologiques ambulatoires présentant une dyspnée ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10. Les participants ont été randomisés (2:1) pour recevoir pendant 7 jours un traitement par dexaméthasone ou un placebo. Le critère de jugement

primaire était la réduction de la dyspnée, évaluée sur une échelle de 0 à 10, entre l'inclusion et le 7^e jour. Parmi 2867 patients évalués, 149 étaient éligibles et 128 ont été inclus: 85 dans le groupe dexaméthasone et 43 dans le groupe placebo. La réduction de la dyspnée au 7^e jour était identique dans les deux groupes (-1,6 points). La différence d'effet entre les deux groupes était donc nulle (IC 95%: -0,8 à 0,7; $p = 0,48$). En revanche, les effets secondaires menant à une hospitalisation étaient plus fréquents dans le groupe dexaméthasone que dans le groupe placebo (28% vs 7%).

Commentaire: dans cette étude, les corticostéroïdes à haute dose ne sont pas supérieurs au placebo pour réduire la dyspnée chez des patients oncologiques. La taille de l'échantillon, l'hétérogénéité de la population (type de cancer, comorbidités, étiologies de la dyspnée) et l'inclusion de patients

ambulatoires uniquement ne permettent pas d'exclure que certains sous-groupes pourraient bénéficier d'un traitement par corticostéroïdes. La posologie du traitement par dexaméthasone ainsi que le délai pour évaluer son efficacité sont également discutables. Toutefois, la fréquence élevée des effets indésirables dans cet échantillon très sélectionné devrait nous faire réfléchir à deux fois avant de prescrire ce type de traitement.

Dr Gaël Grandmaison
HFR Fribourg

Coordination: Dr Jean Perdrix
Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Hui D, et al. Effect of dexamethasone on dyspnoea in patients with cancer (ABCD): a parallel-group, double-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Oncol.* 2022 Oct;23(10):1321-31.



© gettyimages/lakshmi prasad S

CARTE BLANCHE

INHOSPITALIER, L'HÔPITAL?



Pre Béatrice Schaad

Institut des humanités en médecine, UNIL,
Cheffe du Service de communication,
CHUV - 1011 Lausanne

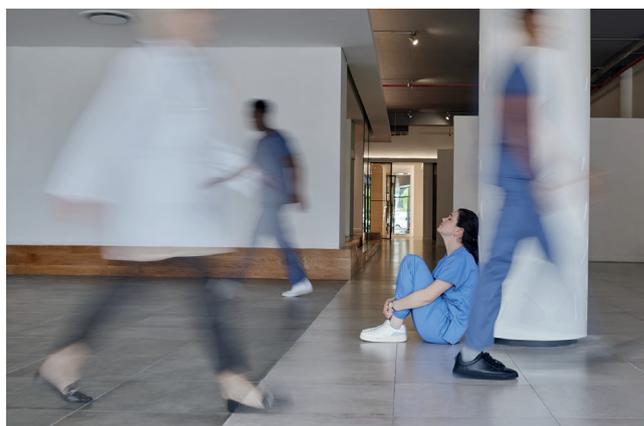
Certains retournements de situations font figure de symptômes. Ouvert originellement il y a dix ans pour offrir une écoute aux patients qui rencontrent des difficultés durant leur prise en charge, l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels du CHUV est depuis quelques années, toujours plus souvent sollicité par des

professionnels qui souffrent de leurs patients. Entre 2020 et 2021, le nombre de signalements d'agressions par des malades a progressé de 61% pour atteindre 95 cas en 2021.

Que déduire de l'état de l'hôpital s'il devient le territoire du conflit? Comment pratiquer le soin si ceux-là même appelés à coopérer – soit les patients et ceux qui les accompagnent – connaissent aujourd'hui des tensions d'une intensité inédite? Car si elles sont encore nettement moins nombreuses que les doléances des patients envers les professionnels (environ 600 par année), les plaintes de ces derniers décrivent des situations de haute violence face aux patients. Comme si l'hôpital devenait inhospitalier pour les différents

acteurs qui le vivent et pour ceux qui le font. Certaines pistes d'explication sont à chercher dans l'évolution de l'hôpital lui-même. Son organisation est devenue à ce point complexe qu'elle perd en lisibilité, tant pour les malades

que pour les professionnels. Le nombre de médecins et de soignants qui se relaient au chevet du patient croît sans discontinuer. Ainsi, durant son séjour, celui-ci est susceptible d'être vu par une multitude d'intervenants (essentiellement



© gettyimages/PeopleImages

médecins et soignants), jusqu'à 44 pour une prise en charge hospitalière en médecine et jusqu'à 75 pour un patient en chirurgie.¹

L'hyperspécialisation de la médecine conduit par ailleurs à une fragmentation des prises en charge dans laquelle les responsabilités se diluent et le suivi du patient s'altère fragilisant en retour la relation thérapeutique.

L'hyperspécialisation entraîne d'autres conséquences. Elle conduit à une différenciation du langage. La dynamique de spécialisation propose des territoires d'exploration de plus en plus étroits et donc des raisonnements et conceptions du réel spécifiques, qui hypo-

thèquent en retour la possibilité de la collaboration.

Face à ces champs de tensions, quelle protection offre ou surtout n'offre pas le système de santé dans lequel est inscrit l'hôpital? Son organisation laisse peu de place à l'écoute et peu de chance au développement d'une relation. La rémunération (Tarmed) prévoit que les 5 premières minutes comprennent pêle-mêle les salutations à l'arrivée et au départ du patient, les discussions et l'accompagnement du patient pour le confier au personnel soignant (instructions comprises) en vue de tâches administratives. Le système est obstinément axé sur les traitements et non sur la santé. La part du budget

investie dans la prévention demeure quasi inexistante, tandis que chaque automne l'augmentation des primes exacerbe chez les patients le souhait d'«en avoir pour son argent» et complique là aussi la relation thérapeutique.

La racine latine du mot hospitalité est évocatrice de l'impérative implication mutuelle du patient comme du professionnel dans sa construction: *hostis* signifiant à la fois hôte (invité et invitante) et l'ennemi. Pour Anne Dufourmantelle psychanalyste et écrivaine, «l'hospitalité est le premier acte politique» au sens où «l'hospitalité est une histoire de seuil. Le seuil délimite un dedans et un dehors, il offre à penser le

franchissement mais aussi l'agression, l'invitation, l'échange, tout ce qui peut avoir lieu autour de cette frontière».² Aujourd'hui, plus que jamais, préserver l'hospitalité de l'hôpital équivaut par analogie à soigner la société qui l'englobe.

1 Whitt N, Harvey R, McLeod G, Child S. How many health professionals does a patient see during an average hospital stay? *N Z Med J.* 2007 May 4;120(1253):U2517. PMID: 17514218.
2 Dufourmantelle A, «L'hospitalité, une valeur universelle?». Paris: Ed. Érès, *Insistance*, 2012/2 (n° 8), p. 57-62. DOI: 10.3917/insi.008.0057.

(In)hospitalités hospitalières. Conflit, médiation, réconciliation. Ouvrage collectif, sous la direction de Béatrice Schaad. Edition RMS, publication le 22 mars 2023.

ZOOM

Insuffisance cardiaque: traiter précocement et de manière intensive

La période suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC) aiguë est une période clé en raison de la vulnérabilité des patient-e-s. Les recommandations actuelles proposent de commencer rapidement les traitements de l'IC avec un suivi précoce à la sortie, sans données probantes sur la vitesse de titration des traitements de l'IC. L'étude STRONG-HF s'est intéressée à l'efficacité et à la tolérance d'un protocole de titration intensif des traitements de l'IC aiguë.

Méthode: essai clinique prospectif, ouvert, multicentrique et randomisé. Inclusion: patient-e-s de 18 à 85 ans, hospitalisés pour IC aiguë et stabilisés, NT-proBNP élevé, doses cibles des traitements d'IC non atteintes. Exclusion: intolérance aux doses cibles des traitements avant randomisation, maladie pulmonaire significative, syndrome coronarien aigu ou AVC/AIT dans les 3 mois, infection active, DFGe < 30 ml/min. Intervention: soins de «haute intensité» combinant suivis clinique et biologique précoces avec titration intensive des traitements jusqu'à 2 semaines suivant la randomisation versus soins usuels (contrôle). Issue primaire: composite comprenant la mortalité toutes causes confondues et la réadmission pour IC à 180 jours.

Résultats: 1078 patient-e-s randomisé-e-s entre 2018 et 2022 (âge moyen 63 ans, 61% d'hommes, 77% Caucasiens, 68% avec FEVG

≤ 40% et 12% avec FEVG ≥ 50%), dont 506 dans le bras interventionnel. Issue primaire: différence significative en faveur du groupe interventionnel (15,2 vs 23,3%), soit un rapport de risque ajusté de 0,66 (IC 95%: 0,50-0,86; p = 0,002), sans différence selon la FEVG dans l'analyse de sous-groupe. En outre, parmi les issues secondaires, les effets indésirables (IC aiguë, hypotension, hyperkaliémie, insuffisance rénale notamment) sont plus fréquents dans le groupe interventionnel (41 vs 29%) avec cependant un nombre d'EI sévères (16 vs 17%) et mortels (4 vs 6%) similaire.

Discussion et interprétation: l'étude, bien qu'ouverte et de courte durée, présente une méthodologie solide et démontre l'efficacité de l'intervention avec un NNT faible à 15. L'étude a été arrêtée précocement en raison d'une différence plus importante de l'issue primaire dans le groupe



© gettyimages/Su Arslanoglu

avec soins de «haute intensité» rendant la poursuite des soins usuels non éthique. Une limitation importante de l'étude est que les patient-e-s avec soins de «haute intensité» ont bénéficié de plus de visites de suivi. La population de l'étude est plus jeune que celle rencontrée en pratique clinique, limitant de ce fait légèrement la généralisabilité. L'utilisation des inhibiteurs du SGLT2 (iSGLT2) et l'administration de fer intraveineux n'étaient pas incluses dans les traitements de l'IC. En outre, les bêtabloquants étaient administrés chez les patient-e-s avec IC à FEVG préservée, en dehors des recommandations actuelles.

Conclusion: une titration rapide des médicaments après une hospitalisation pour IC aiguë peut être effectuée de façon sécuritaire

tout en améliorant le taux de réadmission à 180 jours ainsi que la qualité de vie. Néanmoins, un suivi rapproché sollicitant davantage le système de santé est nécessaire. À l'avenir, une étude sur une plus longue durée, tout en ajoutant les iSGLT2 à l'analyse, pourrait être encore réalisée ainsi qu'une étude d'analyse coût-bénéfice.

Dre Sabine Ammann Avec la collaboration du groupe

MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Mebazaa A, et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. *Lancet.* 2022 Dec 3;400(10367):1938-1952. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02076-1.