

Périscope

Hypertension pulmonaire artérielle – jusqu'à maintenant pratiquement intraitable, un vrai «*signum mali ominis*»! Selon certains indices, l'endothéline-1 pourrait jouer un rôle important du point de vue pathogénique. Une première étude a montré en 2001 que bosentan, un antagoniste oral des deux récepteurs de l'endothéline, améliore l'aspect clinique et hémodynamique cardiopulmonaire des patients souffrant d'hypertension pulmonaire artérielle. Les résultats de cette étude contrôlée au placebo durant 16 semaines sur 213 patients souffrant d'hypertension pulmonaire artérielle primaire ou associée à la sclérodermie, révélaient une amélioration significative de la longueur de marche et de l'index de dyspnée sous bosentan, ainsi qu'un retard de l'aggravation des paramètres. Pas vraiment un succès total. Attendons encore un peu! – *Rubin LJ, et al. Bosentan therapy for pulmonary arterial hypertension. NEJM 2002;346:896-903.*

Des nouvelles perspectives pour le **défibrillateur implantable**? «*Respice finem*»! Dans une étude randomisée, 1232 patients souffrant d'une fonction ventriculaire atténuée suite à un infarctus du myocarde (EF<0,30) ont été traités, soit avec un défibrillateur implantable, soit de façon conventionnelle. Les paramètres de base dans les deux groupes étaient comparables. La mortalité durant les 20 mois suivants était de 14,2% dans le groupe ayant reçu un défibrillateur, par rapport à 19,8% sous thérapie conventionnelle. – Est-ce suffisant pour une recommandation officielle? Pour les 3-4 millions de patients et les 400 000 nouveaux cas par an uniquement aux Etats-Unis? Que disent les gardiens des ressources? – *Moss AJ, et al. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. NEJM 2002;346:877-83.*

Avec 63 cas sur 100 000 (max. Connecticut 111; 17700 cas au total) l'incidence de la **maladie de Lyme** a doublé dans les années 1999-2000 aux Etats-Unis. De plus, il est fort probable qu'il s'agisse d'une sous-estimation (rapports spontanés, manifestations atypiques). La plus grande partie concernait des sujets âgés de 5-9 et 50-59 ans, et se concentrait sur les mois de juin et juillet. La prévention consiste en la recommandation d'éviter les régions infestées, d'utiliser des répulsifs d'insectes, d'enlever rapidement des tiques, en la vaccination (76% de protection après trois doses; injection de rappel?) et récemment en la tentative de traiter les

hôtes principaux parmi les animaux sauvages par des acaricides (acaridae = sangsues). – *CDC. Lyme disease – US 2000. MMWR 2002; 50:29-31.*

Phéochromocytome suspecté: Quel est actuellement le meilleur test? Selon des résultats basés sur 214 patients souffrant d'un phéochromocytome et sur 644 patients, chez lesquels l'existence d'un phéochromocytome a été exclue, les auteurs concluent que le meilleur des tests disponibles consiste en la mesure du taux des méthanéphrines plasmatiques libres. Ce test représente le premier choix, soit pour la preuve (sensitivité 99%), soit pour l'exclusion (sensitivité 89%), de l'existence d'un phéochromocytome. A utiliser la prochaine fois! – *Lenders JWM, et al. Biochemical diagnosis of Pheochromocytoma. JAMA 2002;287:1427-34.*

Non «*evidence-based*»: l'administration de **bêta-bloquants** (atenolol, bisoprolol) dans le **setting périopératoire** diminue le risque des événements cardiaques chez les patients à risque cardiovasculaire élevé (jusqu'à 30 jours) avant et après les interventions opératoires électives non cardiaques. La base de données pour ces recommandations est relativement faible en ce qui concerne le nombre de patients (<700 patients), et les études sont hétérogènes, non consécutives et en aucun cas randomisées – mais pourtant suggestives. Il se peut que ce soit un progrès fondamental, mais pas encore «*evidence-based*». – *Auerbach A, Goldman E. β -blockers and reduction of cardiac events in noncardiac surgery. JAMA 2002;287:1435-44 et 1445-7.*

Mammographie – le dialogue scandinave. A ce jour, chaque nouvel article rajoute à la confusion de ses «*adversaires*», des médias et des patients. Situation actuelle: la Suède défend ses études, les actualise, et montre un effet favorable persistant à long terme, avec diminution de la mortalité suite à un cancer mammaire – selon l'éditorial «*l'avantage est réel, mais modeste*»: la mortalité globale des femmes ayant eu une mammographie est de 0,98 (RR) par rapport au groupe témoin. Et quelles sont les conclusions? Voir l'éditorial – qui ne nous apprend pas grand-chose de plus. – *Nyström L, et al. Long-term effects of mammography screening: updated over-view of the Swedish randomized trials. Lancet 2002;359:909-19 et Editorial 904-5.*