

Périscope

Quelque chose à retenir pour les responsables des programmes de télévision: **la violence dans les médias**. Les experts et les associations des médecins spécialisés sont d'accord sur le fait que la violence à la télévision est associée à un comportement agressif des adolescents – seulement ce n'est pas un sujet pour les médias concernés, et pas assez important pour notre société. Une étude sur 707 sujets durant 17 ans a montré une association significative entre le temps passé devant la télévision pendant la jeunesse et l'adolescence et la probabilité d'un comportement agressif envers autrui – même après correction statistique de tous les facteurs potentiellement confondants et indépendamment d'un comportement agressif préexistant. Qui en est surpris? – *Johnson JG, et al. Television viewing and aggressive behavior during adolescence and adulthood. Science 2002;295:2468–71.*

L'eau du robinet – 500 ml en <5 minutes –, un remède simple contre **l'hypotension postprandiale et orthostatique** dans le cadre d'une dysfonction autonome. Chez 11 patients souffrant d'hypotension orthostatique, la pression artérielle moyenne montait de 83/53 mm Hg après une minute en position debout, à 114/66 mm Hg 35 minutes après avoir bu 500 ml d'eau. «Sans traitement», la diminution de la pression artérielle postprandiale était de 43/20 mm Hg, après l'ingurgitation d'eau du robinet seulement de 20/12 mm Hg. L'effet commence à se manifester dans un laps de quelques minutes, atteint son maximum à environ 20 minutes, et est maintenu pendant environ 45 minutes, avant que la pression artérielle redevienne légèrement hypotensive. Remarques: 1) Il s'agit d'un effet aigu, le fait de boire sans arrêt n'apporte rien. 2) On peut aussi boire d'autres boissons que l'eau du robinet, sauf l'alcool. 3) La recommandation la plus utile est de boire de l'eau du robinet avant le petit déjeuner. 4) Les recommandations sont aussi valides pour l'intolérance orthostatique non hypotensive. «Recette de grand-mère»? – *Shannon JR, et al. Water drinking as a treatment for orthostatic syndromes. Am J Med 2002;112:355–60.*

Hypothyroïse subclinique (FT4 normal, TSH élevé; incidence 2–7% de tous les adultes) – pas d'impératif thérapeutique catégorique! Dans une étude randomisée à double aveugle 40 patientes ayant un TSH 5–16 µU/ml sans pathologie thyroïdienne connue ont été traitées durant 6 mois,

soit avec de la thyroxine (50–100 µg/jour), soit avec placebo. Les deux groupes ne se distinguaient pas de façon marquante, ni en ce qui concerne le BMI, ni les paramètres cliniques et biologiques – à l'exception d'un score d'anxiété élevé dans le groupe traité par la thyroxine. La recommandation de renoncer au traitement par la thyroxine ne se rapporte strictement qu'au groupe défini au-dessus représentant le plus important parmi les patientes souffrant d'une hypothyroïse subclinique. – *Kong WM, et al. A 6-month randomized trial of thyroxine treatment in women with mild subclinical hypothyroidism. Am J Med 2002;112:348–54.*

Plus de pratique, plus d'expérience? La **mortalité opératoire** des interventions chirurgicales varie en proportion inverse par rapport au nombre des interventions respectives pratiquées («volume»). Pour 6 interventions cardiovasculaires, et 8 interventions chirurgicales de cancer majeures (2,5 millions d'interventions au total), on obtenait des chiffres de mortalité opératoire très différents entre les chirurgiens ayant le plus haut et le plus bas volume d'intervention. La différence pour la résection du pancréas était de >12%, pour l'endartériectomie carotidienne seulement de 0,2%. Les faits sont clairs. Et les conséquences? Au moins pour certaines interventions, le choix d'un hôpital avec un volume d'opérations élevé est recommandé pour ceux qui continuent à vouloir vivre. – *Birkmeyer JD, et al. Hospital volume and surgical mortality in the US. NEJM 2002;346:1128–37.*

A propos: même conclusion pour la morbidité postopératoire après une **prostatectomie radicale**, même si les différences sont, avec 26% au lieu de 32%, significatives mais moins importantes. – *Colin BB, et al. Variations in morbidity after radical prostatectomy. NEJM 2002;346:1138–44.*

Existe-t-il une relation? Un homme âgé de 71 ans souffrant d'un myélome multiple développe un zona dans la région du nerf trijumeau I droit. Sous Acyclovir, le tableau clinique s'améliore dans un laps de 3 semaines. 2 mois plus tard récidive cutanée, désorientation, hémiparésie à gauche et amélioration (partielle) sous prednisone. Y a-t-il un lien? (Pour la solution voir la «Dernière page».)