

# Périscope

**Fibrillation auriculaire: Contrôle du rythme ou plutôt de la fréquence cardiaque?** Selon les résultats de deux grandes études cliniques sur plus de 4000 patients, respectivement 500 patients, souffrant de fibrillation auriculaire et ayant une anamnèse ou des signes indiquant la possibilité d'épisodes de fibrillation auriculaire récidivantes (oreillette gauche élargie, hypertension artérielle, maladie coronarienne), le traitement de cette arythmie fréquente devrait changer. Le contrôle du rythme cardiaque (par des médicaments ou par cardioversion) ne semble apporter aucun avantage du point de vue de l'espérance de vie. Au lieu d'obtenir le contrôle du rythme, on risque de provoquer des effets secondaires importants dans la majorité des cas (bêtabloquants, inhibiteurs calciques, digoxine). Cependant, l'anticoagulation de ces patients à haut risque reste incontestée. – Est-ce vraiment nouveau? – *AFFIRM-Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation / van Gelder I, et al. A comparison of ... in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. N Engl J Med 2002;347:1834-40.*

**La transplantation du cœur** est associée à une mortalité précoce considérable. Selon le registre de la société internationale de la transplantation du cœur et des poumons comprenant 60 000 transplantations au total, 15-20% des receveurs décèdent durant la première année suivant l'opération; la mortalité 18 ans après l'intervention n'est que de 4%; dans 50% des cas les patients survivent 10 ans, et dans 15% 20 ans. Les facteurs de risque consistent en un âge avancé, l'utilisation de soutien mécanique pendant l'opération, et une résistance pulmonaire vasculaire importante – ainsi que l'état du cœur du donateur. Plus de 90% des survivants sont classés NYHA I et II, et ne subissent qu'une «restriction minimale de leur activité» – mais ils ne mèneront jamais une vie normale: la transplantation seule ne peut pas être la solution! Mais quelle autre démarche suivre? – *Anyanwu A, Treasure T. Prognosis after heart transplantation. BMJ 2003;326:509-10.*

**Coumariniques à faible dose contre les thromboses veineuses profondes** – les résultats d'une étude randomisée divulgués avant sa publication définitive sur Internet: Suite à une anticoagulation durant 6,5 mois, les patients recevaient soit du placebo, soit des coumariniques (INR 1,5-2,0). 37 patients sur 253 du groupe placebo subissaient une récurrence (7,2 sur 100 années-personnes), par rapport à 14 sur 255 recevant des coumariniques à faible dose – une diminution de risque de 64%, qui a provoqué l'interruption pré-

coce de l'étude, après que 508 patients aient été traités durant jusqu'à 4,3 ans (2,1 en moyenne). 2 patients sous placebo et 5 patients sous coumariniques à faible dose développaient une hémorragie importante. Les coumariniques sont sûrs, très efficaces – et peu coûteux! – *Gottlieb S. Long term, low intensity warfarin helps against deep vein thrombosis. BMJ 2003;326:516 (Ridker P. www.nejm.com).*

**Choc électrique (ECT) et dépression** – toujours contesté: Selon l'avis de certains spécialistes, «son inefficacité est fort probable», et selon d'autres «il entraîne des lésions cérébrales prouvées», et «le traitement psychiatrique seul est efficace». Une méta analyse sur les symptômes de la dépression, sur la fonction cognitive et sur la mortalité suite à un ECT révélait qu'un ECT aboutissait à des résultats nettement meilleurs par rapport à un ECT simulé; le traitement par ETC s'avérait supérieur à une thérapie pharmaceutique, l'ECT bilatéral était un peu meilleur que l'ETC unilatéral, et l'application d'une dose élevée se montrait plus efficace que celle d'une dose faible. Or, l'ETC était associé à des troubles de mémoire plus importants que l'ETC simulé, ainsi que le traitement par pharmacothérapie. L'ETC reste une option thérapeutique importante – à condition qu'il soit administré de façon adéquate! – *The UK ETC Review group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and metaanalysis. Lancet 2003;361:799-808.*

A nouveau un homme intégral! Sur environ 70% des patients interrompant leur thérapie dans le cadre d'un traitement antidépresseur ambulatoire, l'abandon du traitement est dû dans 60-70% des cas à une dysfonction sexuelle, à une augmentation de poids ou à des troubles du sommeil associés au traitement – un problème important, vus les frais globaux de la maladie de la dépression estimés à 65 milliards de USD par an aux Etats-Unis! Que peut-on faire? – Dans une étude prospective clinique randomisée, 90 hommes âgés de 45 ans en moyenne, sous **thérapie avec des antidépresseurs**, et se trouvant en rémission d'une dépression sévère, ont été traités durant 6 semaines avec du **sildénafil** (Viagra®) ou avec du placebo. Comme on s'y attendait, la fonction érectile s'améliorait nettement sous traitement de sildénafil, par rapport au placebo, ainsi que «la satisfaction globale et d'autres aspects de la vie». Ces résultats devraient convaincre les hommes dépressifs d'améliorer le suivi de leur traitement antidépresseur. – *Nurnberg HG, et al. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil. JAMA 2003;289:56-64.*