

Périscope

Aspirine® et carcinome du côlon – Dans une étude ayant porté sur quelque 83 000 femmes («Nurses Health Study»), 962 carcinomes coliques ont été diagnostiqués en l'espace de 20 ans. Le risque relatif des femmes prenant régulièrement au moins deux comprimés d'aspirine® à 325 mg par semaine a été de 0,77 par rapport à celles qui n'en prenaient pas – effet significatif, mais cet effet significatif n'est ressorti qu'avec la prise de 14 comprimés par semaine pendant plus de dix ans. Ce que nous aurions de la peine à recommander comme prophylaxie pure! Et ceci d'autant moins que le risque relatif d'hémorragies gastro-intestinales a été de 1,57 dans ce groupe 14 comprimés – forget it! – Chan AT, et al. *Long-term use of aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of colorectal cancer. JAMA 2005;294:914–23.*

Dans quel hôpital? Deux cent vingt patients ayant eu besoin d'une réadaptation après un accident aigu ont été randomisés pour séjourner pendant deux semaines en moyenne dans un hôpital communal ou dans un «District General Hospital». Le résultat a été apprécié sur plusieurs échelles et index. Et après six mois, l'hôpital communal s'est avéré supérieur à l'hôpital de district en matière d'indépendance fonctionnelle. C'est bien! Et c'est une mission valable pour l'hôpital communal. Biais de sélection: les deux auteurs de cette étude travaillaient dans un hôpital communal. – Green J, et al. *Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation. BMJ 2005;331:317–20.*

... dans les journaux: «The Lancet» consacre une pleine page à «l'Affaire de Zurich». Un cœur a été transplanté alors que les groupes sanguins étaient incompatibles. La patiente est décédée après trois jours. Tels sont les faits. Et c'est ici que commence le «fancy»: avec l'accord de Monsieur Turina? En toute connaissance de cause? Comme expérimentation médicale? Ou n'a-t-il su que quelque chose n'était pas en ordre que lorsque le cœur a cessé de battre? Était-il vrai que «le plus important est d'en retirer des leçons»? Quatre médecins savaient que les groupes sanguins étaient incompatibles; vraiment? (ils le nient). Et pourquoi certains médecins ont-ils été «déchargés» de leur activité opératoire? C'est un sentiment étrange de lire dans The Lancet les problèmes rencontrés à l'hôpital universitaire de Zurich. Où est la vérité? Et comment devient-elle publique? – Pancevski B. *Swiss hospital investigates heart transplantation 'experiment'. Lancet 2005;366:624.*

Téléphone mobiles en voiture ... Une étude en Australie a recruté pendant deux ans 456 automobilistes victimes d'un accident de circulation et ayant dû être hospitalisés. L'utilisation du portable en conduisant a été associée à un risque d'accident multiplié par 4 (OR 4,1) – qu'il se soit agi d'un téléphone «mains libres» ou non. Homme ou femme, plus ou moins de 30 ans,

aucune importance. Et 51% de ces automobilistes ont continué à utiliser leur mobile en conduisant! L'accident semble ne pas rendre intelligent! Et nous, sommes-nous différents des gens de Perth, en Australie? – McEvoy SP, et al. *Role of mobile phones in motor vehicle crashes resulting in hospital attendance. BMJ 2005;331:428–30.*

Les télomères coiffent l'extrémité des chromosomes et les protègent de l'usure et de la fusion «end-to-end». L'obésité et le tabagisme augmentent le stress oxydatif et l'inflammation, avec augmentation de la consommation de leucocytes. Ces deux phénomènes augmentent **l'usure et l'érosion des télomères**. En est-il vraiment ainsi? Une étude a porté sur 1122 jumelles de 18 à 76 ans. Elle a révélé que la longueur des télomères diminuait de 27 bp par an. Chez les obèses, ils ont été 240 bp plus courts que les télomères des femmes maigres, et chez les fumeuses, la longueur des télomères a diminué de 5 bp en plus par «packyear». Tel est l'effet «vieillissant» de l'obésité et de la fumée. Obésité 8,8, fumée 4,6 ans en moyenne! – Valdes AM, et al. *Obesity, cigarette smoking, and telomere length in women. Lancet 2005;366:662–4.*

Existe-t-il une association? Un homme de 78 ans se présente avec une anamnèse de trois semaines de malaise, perte pondérale, baisse de l'acuité visuelle et troubles de la coordination. Il est afebrile, a une hémianopsie homonyme à droite, une hyposensibilité à droite et une dysarthrie centrale. Hépatomégalie discrète. Au laboratoire, leucocytose (16 400), protéine C-réactive augmentée (101 mg/L) et signes de coagulation intravasculaire: thrombopénie, fibrinogène 1,37 G/L. Dans les jours qui suivent, il présente des hémorragies punctiformes sous-unguéales. La TC montre un volumineux infarctus aigu pariétal droit et l'échocardiographie transœsophagienne une volumineuse masse sur la valve aortique. De nombreuses hémocultures restent négatives. De quoi peut-il bien s'agir? (Pour la solution voir ci-dessous)

Cet homme présente par la suite de nouveaux infarctus des doigts et des orteils. La TC de l'abdomen révèle 3 masses intra-hépatiques, dont la biopsie donne un **adénocarcinome**. Cet homme décède peu après. Une endocardite thrombotique non bactérienne (ETNB) se rencontre dans les pathologies du tissu conjonctif, les processus inflammatoires chroniques et les cancers. Dans 19 cas de tumeurs solides sur 200, l'échocardiographie a révélé une ETNB. Dans la plupart des cas, les hémocultures négatives sont imputables à une antibiothérapie. Si ce n'est pas le cas, une ETNB est probable. – Minasian A, et al. *A non infectious cardiac vegetation. Lancet 2005;366:264.*