

Périscope

Entre 1955 et 1999, 153 **cas d'anthrax** sur un total de 236 ont été attribués, aux Etats-Unis, au traitement de cuirs et peaux. Cela explique entre autres pourquoi l'anthrax est toujours mentionné dans des travaux américains. La plupart de ces cas ont été des anthrax cutanés, et dix cas (6%) seulement des maladies inhalées. En février dernier, un danseur s'est effondré avec frissons, dyspnée et infiltrats pulmonaires bilatéraux. Après trois jours, les hémocultures ont confirmé l'anthrax. D'où? Cet homme fabriquait des tambours africains (des djembés) et utilisait pour ce faire des peaux séchées provenant de Côte d'Ivoire – sans masque, sans gants, dans un local mal aéré dont la poussière s'est avérée positive au *Bacillus anthracis*, tout comme ses habits et chaussures. – *Walsh J, et al. Inhalation Anthrax associated with dried animal hides. MMWR. 2006;55:280-2 / JAMA. 2006;295:1991-3.*

Médicaments dans les **eaux usées!** Les eaux usées contiennent au moins 20 différents médicaments et produits de soins pour le corps – et ce qui se trouve dans l'eau n'est pas forcément tout mauvais. La fluoxétine (Fluctine®) est présente dans chaque prélèvement, du Canada au Texas; l'eau du Pô contient de la cocaïne correspondant à 1500 kg annuellement; et des traces de médicaments cardiaques et de caféine suivent leur voie jusqu'à l'Atlantique. Sans parler des hormones (féminines). Le problème a des conséquences écologiques, biochimiques, biologiques, pharmacologiques, techniques, toxicologiques, etc. Une maison pharmaceutique des Etats-Unis y a déjà découvert une «business opportunity»: la Premarine®, qui contient des œstrogènes équinés, n'est finalement rien d'autre qu'un médicament à base d'urine! – *Dove A. Drugs down the drain. Nat Med. 2006;12:376-7.*

Ablation par radiofréquence dans la fibrillation auriculaire – inoffensive? L'oreillette gauche est accolée à l'œsophage. La chaleur ainsi réalisée fait monter la température dans l'œsophage, y provoque des nécroses et des fistules atrio-œsophagiennes. Une petite enquête a été réalisée chez neuf patients ayant présenté une fistule postablation, qui tous avaient été traités par des médecins expérimentés. La catastrophe s'est produite 10 à 16 jours après l'ablation, et tous ces patients ont présenté septicémie, dont huit des symptômes neurologiques et deux un infarctus du myocarde. Trois sur neuf ont eu une hémorragie gastro-intestinale et trois fistules sur quatre étaient visibles à la TC – ces neuf patients sont décédés. Les auteurs disent que les complications sont rares (trois cas ont été publiés à ce jour) – mais ils ne savent pas sur quel nombre d'ablations par radiofréquence ces neuf complications sont survenues. – *Cummings JE, et al. Atrial-esophageal fistulas after radiofrequency ablation. Ann Intern Med. 2006;144:572-4.*

Les Etats-Unis investissent plus pour la santé que le Royaume-Uni. Les Américains sont-ils par conséquent en meilleure santé? Une population de 55 à 64 ans de l'US Health and Retirement Survey (4386 personnes) a été comparée à celle de l'English Longitudinal Study of Aging (3681 personnes), toutes deux comparables en matière de santé, revenu et formation. Résultat: les personnes de cette classe d'âge sont nettement moins en bonne santé aux Etats-Unis qu'au Royaume-Uni – pour ce qui est du dia-

bète, de l'hypertension, de cardiopathie, d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, de maladies pulmonaires et de cancer, et ceci est vrai pour tous les groupes socioéconomiques (même pour les plus avantagés!), ce qui n'a rien à voir avec le «self reporting», car les marqueurs biologiques montrent exactement la même chose. Mais que veut dire «malade»? Et qu'est-ce qui rend malade? – *Banks J, et al. Disease and disadvantage in the United States and in England. JAMA. 2006;295:2037-45.*

Biais, biais? Avant l'an 2000, il a été démontré que les résultats des études cliniques financées par des organisations à but lucratif étaient plus volontiers positifs. Cela s'est-il amélioré? 324 études publiées dans «The Lancet», JAMA et «New England Journal of Medicine» entre 2000 et 2005 dans le secteur de la médecine cardiovasculaire ont été analysées. 49% des études d'organisations à but non lucratif étaient en faveur de nouvelles méthodes de traitement; pour celles des organisations à but lucratif, cette proportion a atteint 67,2%. Les études avec paramètres techniques (angiographie quantitative, échographie, biomarqueurs, tests fonctionnels, etc.) ont donné plus souvent des résultats positifs que les études avec paramètres cliniques. Lire, interpréter et mettre en pratique les travaux – tâche pas toute simple! – *Ridker PM, et al. Reported outcomes in major cardiovascular clinical trials funded by for-profit and not-for-profit organisations. JAMA. 2006;295:2270-4.*

Existe-t-il une association? Un homme de 64 ans souffrant d'une pneumopathie obstructive chronique se présente avec dyspnée, fièvre (39 °C), râles crépitants à gauche et abcès nasal chirurgicalement drainé. Le laboratoire donne des leucocytes à $38 \times 10^9/L$, dont 49% de non segmentés, et une CRP à 350 mg/L. Les hémocultures et cultures de l'abcès donnent *Staphylococcus aureus* méthicillino-sensible (MSSA) – mais son état se détériore au cours de la première semaine malgré amoxicilline/acide clavulanique et amikacine. La TC donne au sixième jour des lésions pulmonaires confluentes multiples, bilatérales, avec abcès et des lymphadénopathies médiastinales. De quoi s'agit-il? Pourquoi cette résistance au traitement? (Pour la solution voir ci-dessous)

Pourquoi la résistance au traitement de ces staphylocoques méthicillino-sensibles? La réponse est: **leucocidine de Panton-Valentin (PVL)**. Les loci *lukS-PV* et *lukE-PV* ont été trouvés. La PVL est un facteur de virulence de *Staphylococcus aureus*, modifiant la perméabilité des membranes des leucocytes polymorphonucléaires humains, provoquant la mort cellulaire et la pneumonie nécrosante rapidement évolutive, de même que souvent des infections de la peau et des tissus mous. Jusqu'à 70% des staphylocoques méthicillino-résistants (MRSA) sont porteurs de gènes PVL. Mais des souches de MSSA peuvent, elles aussi, être porteurs de gènes PVL et être à l'origine d'infections cutanées et de pneumonies, avec une mortalité pouvant aller jusqu'à 75% dans les 48 heures suivant l'admission. – *Latifer G, et al. Necrotising pneumonia complicating a nasal furuncle. Lancet. 2006;367:1628.*