

Périscope

Qui croire? Une étude danoise s'est intéressée à la **crédibilité** de 260 abstracts d'articles publiés dans «PubMed» avec «risque relatif» ou «OR» (odds ratio). Dans 70–84% de ces abstracts, le résultat statistiquement confirmé était correct. Mais bien que de nombreux résultats de sous-groupes, d'analyses secondaires ou erronées aient été exclus, 98% ont été «commercialisés» sans objection. Dans quatre cas sur 23, les résultats significatifs étaient faux et ils étaient douteux dans sept cas. Et c'est exactement comme cela que les délégués médicaux les présentent! Nous avons tout intérêt à oublier les valeurs de probabilités significatives, sauf si elles sont inférieures à 0,001! – *Göttsche PC. Believability of relative risks and odds ratios in abstracts. BMJ. 2006;333:231–4.*

A la fin de l'été 2005, onze cas d'**encéphalite équine** occidentale (EEEV) ont été déclarés dans le Massachusetts et le New Hampshire. Quatre personnes en sont décédés. L'EEEV est surtout transmise à l'être humain (et à d'autres mammifères) par *Culiseta melanura* dans les régions marécageuses. Le diagnostic se fait par mise en évidence de l'anticorps IgM anti-EEEV dans le liquide céphalorachidien, ou par MAC ELISA. Ces onze cas ont été hospitalisés lors des mois d'été avec des symptômes initiaux aspécifiques, mais ensuite avec encéphalite (82%) ou méningite (29%). Tous ces cas avaient une pléocytose du LCR. 52 oiseaux testés sur 241 et 16 chevaux sur 33, etc., étaient positifs. Cette maladie est endémique en Amérique du Nord et dans les Caraïbes surtout. Nul ne sait si et quand elle franchira les océans. – *Stull JW, et al. Eastern equine encephalitis. MMWR. 2006;55:697–700 and JAMA. 2006;296:645–6.*

L'**industrie pharmaceutique** ne manque pas de fantaisie! Elle soutient financièrement des groupes d'entraide de diabétiques, allergiques, Alzheimer, cancéreux, etc. Et ces «pressure groups» sont au premier rang dans les démonstrations, lettres de lecteurs, etc., lorsqu'il est question de retirer au NHS l'enregistrement de médicaments coûteux. En soi, cela n'est pas illégal, ni moralement douteux, mais peut fausser le jugement et le sens des priorités. 11% des 530 groupes de patients déclarent ce soutien, ce que fait partiellement seulement Merck, alors que Novartis et AstraZeneca ne le déclarent soi-disant pas. Les maisons pharmaceutiques promettent ceci et cela – et se font prier. Mais les groupes de patients devraient bien dire de qui ils reçoivent de l'argent, et éventuellement pour qui ils protestent! – *Jack A. Too close for comfort? BMJ. 2006;333:13.*

«Aux Etats-Unis, les patients en stade terminal prétendent au droit de pouvoir prendre des **médicaments expérimentaux** dont la sécurité est prouvée, avant encore qu'ils aient fait la preuve de leur efficacité.» Qu'en pensent les juristes? Juge 1: «Le droit prétendu par la FDA d'empêcher qu'un malade en stade terminal puisse acheter des médicaments susceptibles de

le garder en vie, et auxquels les patients des études de phase II ont accès [...] est contre le droit profondément ancré dans notre histoire et notre tradition d'autoconservation.» Juge 2: «J'ai de sérieux doutes qu'un tribunal puisse être certain de choisir le moindre mal si tous les patients en stade terminal peuvent avoir accès aux médicaments expérimentaux de phase I, compte tenu de tous les risques qui leur sont associés.» – Que doit-on en retenir? – *Okie S. Access before approval? A right to take experimental drugs? N Engl J Med. 2006;355:437–40.*

La **mortalité des femmes obèses** âgées est-elle supérieure à la normale? Une étude a porté sur 102400 infirmières de 24 à 44 ans et s'est intéressée à leur poids lorsqu'elles avaient 18 ans et aux décès dans les douze ans à venir. 720 sont décédées pendant ce temps. Par rapport à un BMI de 18,5 à 21,9 kg/m² à la fin de l'adolescence, le risque relatif de mort prématurée avec un BMI de 22 à 24,9 kg/m² est de 1,18, de 1,66 avec un BMI de 25 à 29,9 kg/m² et de 2,79 avec un BMI dépassant 30 kg/m². Cette association persiste même après correction en fonction de la fumée. – Une obésité modérée chez les femmes de 18 ans fait courir un risque accru de mort prématurée jusqu'à un âge moyen. – *van Dam RM, et al. The relationship between overweight in adolescence and premature death in women. Ann Intern Med. 2006;145:91–7.*

Existe-t-il une association? Un installateur de 40 ans, gros fumeur et asthmatique, vient à cause d'une fonction pulmonaire progressivement diminuée. En mars 2005, il a présenté une exacerbation de son asthme avec un épisode de pneumonie accompagnée d'un épanchement pleural, une éosinophilie de 12%, une IgE augmentée et une CRP de 31,1 mg/L – tous les autres examens, marqueurs immunologiques y compris, étaient normaux. La TC montre des opacités nodulaires bilatérales. Le lavage bronchique donne un liquide brun riche en cellules, la biopsie transbronchique des granulomes nécrosants broncho-centriques, des infiltrats éosinophiles et des foyers de pneumonie en voie d'organisation. De quoi peut-il bien s'agir? (Pour la solution voir ci-dessous)

Non, pas un Churg-Strauss. Ce patient avoue – une fois de plus à l'anamnèse insistante – une consommation de **cocaine** «occasionnelle», et ensuite plus fréquente, qui peut provoquer toutes sortes de lésions pulmonaires. Avec une atonie et un asthme, la cocaïne provoque une bronchoconstriction, un œdème et des hémorragies pulmonaires, en relation avec des lésions interstitielles, granulomateuses aiguës en cas de consommation répétée ou chronique. Une anamnèse consciencieuse résout très souvent les problèmes! – *Calabrese F, et al. An asthmatic patient with progressive lung dysfunction: a case of misdiagnosis. Lancet. 2006;368:814.*