

Périscope

Le meilleur job de la médecine: Les Etats-Unis ont eux aussi le même problème que nous: le fossé se creuse toujours plus entre les futurs médecins généralistes libres praticiens et ceux qui sont censés occuper leurs places. En 1998, à la fin de leurs études, 55% des étudiants choisissaient la médecine générale. Ils ne sont plus que 20% actuellement. Parmi tous les arguments parfaitement connus, il y en a un autre aux Etats-Unis: pendant leurs études, les étudiants américains empruntent des sommes dépassant les 100 000 dollars. Les gains des internistes, pédiatres et «médecins de famille» se situent autour de 150 000 dollars – pratiquement trois fois moins que ceux des radiologues et orthopédistes! Seuls les besoins des patients restent constants dans toute cette histoire. Mais Beverly Woo est d'un autre avis: le meilleur job de la médecine est de soigner les patients comme médecin de premier recours! – *Woo B. Primary care – the best job in medicine? N Engl J Med. 2006;355(9):864–6.*

Nous devrions gagner des Oscars®! Il y a quelque temps, nous avons pu lire que les récipiendaires d'Oscars® (235) vivaient quatre ans environ de plus que leurs concurrents moins heureux (537 non gagnants et 887 témoins). Cela ferait une énorme population! Vraiment? 145 non gagnants sont décédés avant que 15 gagnants aient reçu leur Oscar®. Les deux populations comparées n'étaient en fait pas comparables. Si les gagnants, les non gagnants et les témoins avaient été traités de la même manière avant leur «entrée dans leur groupe», l'avantage des gagnants n'aurait été que d'une année – et n'aurait pas atteint le niveau statistiquement significatif – un artefact auquel William Farr nous avait déjà rendu attentifs en 1843. Statistique – sornoiseuries pour les auteurs et les lecteurs! – *Sylvestre MP, et al. Do OSCAR winners live longer than less successful peers? Ann Intern Med. 2006;145(5):361–3.*

Northwick Park – une image détaillée: six jeunes hommes en bonne santé ont participé à une étude clinique de phase 1 avec le TGN1412, un nouvel anticorps monoclonal stimulant les cellules T. Dans les 90 minutes suivant l'injection i.v. de cet anticorps superagoniste, les six ont présenté une réaction inflammatoire systémique stéréotypée, avec production immédiate de cytokines pro-inflammatoires, céphalées, myalgies, diarrhée, érythème, vasodilatation et hypotension. Dans les 12–16 heures suivantes, ils étaient dans un état critique avec infiltrats pulmonaires, insuffisance rénale et coagulation intravasculaire disséminée. Tous les six ont survécu, deux après choc cardiogène et stress respiratoire aigu. Il s'agit d'une **tempête de cytokines** iatrogène dont le mécanisme n'est pas encore précisé et dont la gravité et l'évolution sont imprévisibles. – *Suntharalingam G, et al. Cytokine storm in a phase 1 trial of the anti-CD28 monoclonal antibody TGN1412. N Engl J Med. 2006;355(10):1018–28.*

Qu'en est-il de **Pluton**? Elle est trop petite et n'a pas débarrassé son orbite de petits objets, comme cela est exigé d'une véritable planète. Elle est en outre *beaucoup trop* petite, trop éloignée et son orbite est très irrégulière. Elle est ainsi devenue une «formation transneptunienne», formant avec Cérés et le 2003UB₃₁₃ (ou Xéna) les «planètes naines». Dommage? – *Bartlett S. Pluto left out in the cold. Lancet. 2006;368(9538):828.*

Alzheimer, Memory Clinics et/ou inhibiteurs de la cholinestérase (CEA)? En Angleterre, les guidelines provoquent des réactions *pour* et *contre* hostiles. Les études sur les CEA donnent après six mois une amélioration de 2–3 points sur une échelle de 0–70 points. Beaucoup, peu, suffisant? Les Memory Clinics spécialisées poussent comme des champignons. Réservées à leur origine aux hôpitaux universitaires, ces cliniques se limitent avec leurs teams multidisciplinaires à documenter la déchéance des patients sous inhibiteurs de la cholinestérase. – Les coûts annuels de l'Alzheimer modéré se situent entre 83 000–107 000 livres par QUALY. Que va-t-il se passer? Emploi restrictif des CEA? Là où les médecins n'ont rien d'autre à offrir? Faut-il diminuer ou fermer ces cliniques? – *Pelosi AJ, et al. Role of cholinesterase inhibitors in dementia care needs rethinking. BMJ. 2006;333(7566):491–3.*

Existe-t-il une association? Une femme de 35 ans se présente avec une lésion douloureuse de la vulve datant d'une semaine. Elle a perdu 3 kg depuis lors. Cliniquement, deux ulcérations planes d'un centimètre de diamètre environ sur la face interne de la vulve. Le diagnostic de routine, hématologique et chimique, est sans particularité à l'exception d'une CRP à 85 mg/L. Le status gynécologique est sans particularité. La sérologie pour cytomégalovirus et herpès est négative. Elle revient trois semaines plus tard. Un nouvel ulcère est apparu. Cette patiente signale trois épisodes de rectorragie – avec diarrhée intermittente. De quoi s'agit-il? (Pour la solution voir ci-dessous)

Juste, il s'agit bien d'un problème gastro-intestinal. La CRP a passé à 135 mg/L, la perte de poids à 8 kg, la manuscrite rectale est irrégulière et la colonoscopie révèle un tableau classique de **maladie de Crohn**, dans laquelle les lésions vulvaires ne sont pas si rares. Un traitement de dix semaines par prédisone, vitamine D et calcium a donné une rémission complète des manifestations aussi bien gastro-intestinales que vulvaires! – *Conk MHM, et al. Vulvar ulceration with an unexpected underlying cause. Lancet. 2006;368:962.*