

Périscope

Mobilité, mobilité! Le nombre de migrants a passé à 191 millions au cours de ces 50 dernières années, ce qui totalise actuellement 75% de l'augmentation de la population des pays développés. C'est également un énorme bienfait – pour le pays qu'ils ont quitté. Les envois d'argent à la maison sont supposés atteindre 230 milliards de dollars. Ce sont quelques milliards de plus que les sommes accordées directement par les pays développés aux pays pauvres. Quand les migrants ont atteint leur destination, ils rencontrent souvent suspicion, angoisse, discrimination. De mauvaises conditions de travail et des problèmes de santé – VIH/SIDA surtout – viennent s'y ajouter. Dans les pays de l'UE, les deux tiers des cas de VIH/SIDA sont des migrants. Y avez-vous songé? – *Anonymous. Migration and health – a complex relation. Lancet. 2006;368:1039.*

En 2002, lorsque les moustiques ont apporté le virus West Nile en Amérique du Nord, 4200 personnes ont été infectées, dont 23 par transfusion. Il y a eu sept décès. Chaque nouveau pathogène est une menace pour la **sécurité des transfusions**. Mais les mesures de sécurité ont réduit le risque d'infection par transfusion à un minimum. Aux Etats-Unis, le screening se fait pour VHB, VHC, VIH-1 et VIH-2, HTLV-I et HTLV-II. Des donneurs ont été interrogés sur les facteurs de risque malaria, babésiose et Chagas; les culots de plaquettes ont été systématiquement cultivés à la recherche de bactéries. La recherche d'anticorps anti-CMV est également faite si besoin est. Mais entre 2001 et 2003, il y a tout de même eu onze décès par septicémie. D'autres pathogènes ne sont pas recherchés, car aucune transmission n'a encore été observée, ou pour d'autres raisons. Mais la sécurité à son prix! – *Blajchman MA, et al. The continuing risk of transfusion-transmitted infections. N Engl J Med. 2006;355:1303–5.*

La **tuberculose avec résistance extensive aux médicaments** résulte largement d'une maladie mal soignée et mal contrôlée. Des multirésistances – à l'égard de la rifampicine et de l'isoniazide – sont apparues dans 41% de 536 cultures et 24% étaient des résistances extensives, à l'égard de la rifampicine et de l'isoniazide bien sûr, mais aussi de trois des six médicaments de seconde intention. Toutes ces résistances se sont manifestées chez des personnes infectées par le VIH, et 52 de ces 53 patients décédèrent en l'espace de 25 jours. 17000 souches collectées au niveau mondial par les CDC provenaient d'Europe de l'Est, d'Asie occidentale et de Corée du Sud – et – manifestation – d'Afrique. Ces souches résistantes ont totalisé 4% aux Etats-Unis, 19% en Lituanie et 15% en Corée du Sud. – Cette évolution ne nous émeut pratiquement pas, mais cela restera-t-il le cas à la longue? – *Lawn SD, et al. Extensively drug resistant tuberculosis. BMJ. 2006;333:559–60.*

La **transplantation d'îlots de pancréas**, réalisée pour la première fois en 2000, a été répétée dans une étude internationale ayant porté sur 36 patients selon un même protocole, celui d'Edmonton. Des îlots ont été prélevés chez des donneurs dans les deux heures suivant leur décès, et préparés. Le principal para-

mètre a été l'indépendance à l'insuline avec un bon contrôle des glycémies. 44% l'ont atteint, 28% avaient une fonction partielle et 28% ont entièrement rejeté leur greffe. A n'importe quel moment après la transplantation, 58% ont été indépendants à l'insuline et eu des glycémies bien contrôlées. 76% étaient de nouveau sous insuline après deux ans. Cinq patients sont restés indépendants à l'insuline même après deux ans. Les chances sont faibles! S'il le faut vraiment, la transplantation de pancréas est pour le moment plus prometteuse! – *Shapiro AM, et al. International trial of the Edmonton protocol for islet transplantation. N Engl J Med. 2006;355:1318–30.*

L'Oxford Vascular Study (OVS) a analysé toutes les ischémies rétinienne et les TIA de 2002 à 2005. 91 000 patients avec une imagerie carotidienne et 590 000 patients de la pratique clinique et constaté que jusqu'à 80 ans, l'incidence des sténoses carotidiennes de 50–99% était aussi élevée dans l'OVS qu'en pratique clinique (sténoses carotidiennes fraîches, symptomatiques dans le groupe 70–79 ans 0,75/1000, endartérectomies 0,5/1000). Mais à partir de 80 ans, le nombre des imageries carotidiennes, l'incidence des **sténoses carotidiennes** fraîches et le nombre d'endartérectomies ont nettement diminué, bien que dans l'OVS les incidences aient été les plus élevées dans ce groupe. Est-ce bien juste au vu de la menace d'ischémies cérébrales pas nécessairement mortelles? – *Fairhead J, et al. Underinvestigation and undertreatment of carotid disease in elderly patients with transient ischaemic attack and stroke: comparative population based study. BMJ. 2006;333:525–30.*

Existe-t-il une association? Une femme de 41 ans se présente avec des nodules sous-cutanés, mobiles et circonscrits, douloureux au niveau de sa nuque, de son cuir chevelu, et depuis une année également de son thorax et de la région sacrée. Elle a subi une biopsie deux ans plus tôt. Résultat: hyperplasie réactionnelle, cellules T et B, et plasmocytes polyclonaux. Elle est anorexique depuis quelque temps (poids 64,4 kg, perte pondérale de 11,3 kg ces 10 derniers mois), avec nausées, vomissements, douleurs et fièvre (jusqu'à 38,9 °C). Hématologie et chimie sanguines normales à part une leucocytose à 17 000/µl. Les examens immunologiques et l'imagerie diagnostique ne donnent rien de nouveau. Son anamnèse familiale est fortement chargée en cancers. De quoi s'agit-il? (Pour la solution voir ci-dessous)

Erythème noueux? Lipomes multiples? Neurofibromes? Non, il s'agit d'une **adipose douloureuse** (maladie de Deroum). Les autres possibilités ne sont pas multiples ou bien associées à d'autres manifestations. Le traitement est essentiellement symptomatique: analgésiques, excision des nodules particulièrement algues, tentative de stéroïdes, amitriptyline. – *Mapen RB, et al. A 41-year-old woman with painful subcutaneous nodules. N Engl J Med. 2006;355:714–22.*