

## Périscope

«**Pay for performance**» devrait prendre la relève du «pay for service» aux Etats-Unis. Medicare/Medicaid en sont les protagonistes, et ils sont sous pression. Plus de la moitié des HMO de 41 zones métropolitaines ont déjà pris leur décision en faveur du «pay for performance». Les autres hésitent: quel est le but? Qualité ou «efficiency», à savoir: diminution des coûts? Qu'est-ce qui est mesuré? Les frottis Pap ou la consommation de tabac? Chez les vieillards? Qu'en est-il de l'imposition? De la «récompense»? Qui va prendre en charge les vrais malades, les patients difficiles, âgés? Et que penser de la morale des médecins? De l'altruisme, menacé par la commercialisation toujours plus poussée? Inévitable? – *Fisher ES. Paying for performance – risks and recommendations / Rosenthal MB, et al. Pay for performance in commercial MHOs. N Engl J Med. 2006;355:1845-7 / 1895-02.*

La **neuroréadaptation** sur de nouvelles voies? L'un des principes de base du traitement d'un membre parétique est de remplacer la «non-utilisation apprise» («learned nonuse») par l'«utilisation forcée». La masse musculaire (plus) saine est inhibée, et la partie malade stimulée par «forced use». Cette technique s'appelle CIMT (Constraint Induced Movement Therapy). Dans sept institutions des Etats-Unis, 222 patients présentant une parésie d'un membre supérieur 3-9 mois après un accident vasculaire cérébral ont été traités pendant deux semaines par CIMT ou traitement conventionnel – et voyez le résultat: la CIMT a donné dans toutes sortes de tests une amélioration statistiquement et cliniquement significative de la fonction motrice, qui s'est prolongée au-delà de la première année! – *Wolf SL, et al. Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke. JAMA. 2006;296:1095-2104.*

Repetitorium: il y a eu, au premier trimestre de cette année, une épidémie de 449 cas de **rougeole** au Royaume-Unis (contre 77 en 2005), en général là où la proportion de vaccinations contre la rougeole/oreillons/rubéole était très faible. Pour la première fois depuis 1992, un décès a été déploré (1 sur 5000). L'OMS a donc déclaré 2010 comme but de l'élimination de la rougeole en Europe. Alors que les Etats-Unis ont déclaré 2002 «sans rougeole», l'Europe en a compté 29000 cas en 2004 encore. Une deuxième vaccination laisse 99% d'immunité. – La rougeole entre dans le diagnostic différentiel de tous les patients – plus ils sont jeunes plus cela est vrai – présentant de la fièvre et un exanthème maculo-papulaire. Les complications respiratoires, gastro-intestinales et les hépatites (chez l'adulte) sont fréquentes, les neurologiques et immunologiques rares (1 sur 1000-25000). – *Asaria P, et al. Measles in the United Kingdom. BMJ. 2006;333:890-5.*

Les «**drug eluting stents**» sont-ils utilisés plus que de raison? La plupart des cardiologues ont salué la venue des stents libérant des médicaments, les ont utilisés (quelque 2 mio. par an) et les ont préférés aux simples stents métalliques. Trop tôt? Pas assez justifié? La «vérité» vient de Suisse: dans une méta-

analyse de huit travaux totalisant 5108 patients, des cardiologues genevois ont trouvé une augmentation de 38% de la mortalité et des infarctus non mortels pour les stents enrobés de sirolimus, et de 16% pour les stents de paclitaxel, comparativement aux simples stents métalliques. A Bâle, dans une méta-analyse de 17 communications, les cardiologues ont trouvé une augmentation non significative de la mortalité globale et significative des infarctus non mortels à quatre ans. Ces études font surgir d'importantes questions. Empêcheurs de danser en rond? – *Mitka M. Critics say drug-eluting stents overused. JAMA. 2006;296:2077.*

Hier je me suis vacciné contre la **grippe**; et je lis aujourd'hui un article: **Principe ou évidence?** L'OMS affirme que le risque de complications ou de décès des personnes âgées est diminué de 85%. Vraiment? Est-ce bien la grippe qui a été examinée, ou les maladies d'allure grippale? La circulation des virus et la concordance antigénique changent chaque année. Les études non randomisées sont en majorité, alors que des revues systématiques sur plusieurs années, voire décennies, permettraient de donner des affirmations fiables sur l'efficacité des vaccins. De nombreuses études sont de qualité douteuse. Les facteurs d'erreur sont nombreux. Mais les revues systématiques montrent que les vaccins inactivés n'ont qu'un effet minime, voire nul sur les paramètres mesurés. Cela vaut également pour la sécurité des vaccins. Ne devrions-nous pas revoir ces vaccins? Et si oui, comment? – *Jefferson T. Influenza vaccination: policy versus evidence. BMJ. 2006;333:912-5.*

**Existe-t-il une association?** Un instituteur de 71 ans se présente avec malaise, fièvre, anorexie, sudations profuses et frissons. Il n'a pas été en contact avec des malades. Il transpire, sa fièvre est à 38,4 °C. Tout le reste est normal, à l'exception d'une glycémie à 7,1 mmol/L. Le lendemain sa GOT est à 150, sa GPT à 188 U/L. Son état se détériore sous antibiotiques, sa créatinine monte à 260, sa bilirubine à 91 µmol/L et ses thrombocytes grimpent à 563 000/mm<sup>3</sup>. Les sérologies pour hépatites A, B, C, pour CMV et EBV sont négatives. Une biopsie de moelle donne des granulomes épithélioïdes avec anneaux fibrinoïdes vacuoles lipidiques plus ou moins centrales; la biopsie hépatique montre des lésions semblables. De quoi pourrait-il bien s'agir? (Pour la solution voir ci-dessous)

Encore une **fièvre**! Les anticorps anti-*Coxiella burnetii* sont positifs (IgG phase 1 1:16; IgG phase 2 21:1025; IgM phase 1 1:1024; IgM phase 2 1:2056). Après trois semaines de traitement de doxycycline, son état s'améliore de manière exceptionnelle. Les granulomes annulaires ou «doughnut» dans les biopsies de moelle et hépatiques ne se voient pas dans la fièvre Q, mais très souvent dans cette pathologie. Et, en effet, deux semaines avant de tomber malade, le patient avait visité un élevage de moutons! – *Bonilla MF, et al. Ring around the diagnosis. Lancet. 2006;357:1937-42.*