

Périscope

Le **ranibizumab** (Lucentis®) – anticorps recombinant humanisé neutralisant toutes les formes actives du facteur de croissance A endothélial vasculaire – a été examiné dans deux études ayant porté sur 716 resp. 493 patients souffrant de **dégénérescence maculaire sénile** (NAMD), qui ont reçu soit des injections intravitréennes de ce médicament soit des injections placebos mensuelles. Le ranibizumab est supérieur au placebo et au traitement de vertéporfine après un an resp. deux ans. Résultat impressionnant mais plusieurs problèmes sont non résolus, surtout celui du prix: 1950 dollars par mois pour une seule injection, pour 155 000 patients de plus de 65 ans dont quelque 10% souffrent d'une NAMD – et ceci pour une période indéterminée! Un deuxième anticorps, le bévacizumab, va être tout bientôt sur le marché: est-il meilleur? Les coûts sont à peu près pareils! – *Steinbrook R / Rosenfeld PJ, et al. / Brown DM, et al. The price of sight / Ranibizumab for NAMD / Ranibizumab versus verteporfin ... N Engl J Med. 2006;355:1409–12 / 1419–31 / 1432–44.*

Alors que les cabinets exploitant les **dossiers patients électroniques** sont plus de 80% en Australie, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, le Canada et les Etats-Unis sont loin derrière, avec 25–30%, l'Allemagne de même avec 40%. Davantage d'appareils électroniques signifient-ils meilleure médicalisation? Ce n'est manifestement pas encore prouvé. Ce qui est suspect, c'est que le Canada et les Etats-Unis sont en retard pour les soins aux patients en l'absence du médecin. Dans 40–50% des cas, il n'y a ni dossier ni prescription, etc., pas plus que de collaboration institutionnalisée avec un remplaçant. Les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et l'Australie semblent mieux organisés. La pierre d'achoppement aux Etats-Unis est celui des coûts, estimés à 40 000 dollars par médecin. – *Mitka M. Electronic health records, after-hours care lag in US primary practices. JAMA. 2006;296:2913–4.*

L'**ancrod** est une fraction purifiée du venin d'un serpent malaisien, qui provoque une défibrinogénération rapide et qui a été testé contre placebo dans l'«European Stroke Treatment with Ancrod Trial» chez 1225 patients victimes d'un accident vasculaire cérébral ischémique aigu. Le principal effet a été le «résultat fonctionnel» après trois mois. Résultat: aucune différence entre ancrod et placebo. Il en est malgré tout résulté deux conclusions essentielles: 1) le résultat dépend du délai entre l'AVC et le traitement, et 2) dans cette étude, après six heures, ce délai est trop long. Après trois heures, il aurait peut-être été possible d'atteindre le tissu cérébral ischémique, mais pas encore mort! («penumbra») – *Hennerici MG, et al. / Kaste M. Intravenous ancrod for acute ischaemic stroke in the European Stroke Treatment with Ancrod Trial / Editorial. Lancet. 2006;368:1871–8.*

Les **aptitudes cognitives** peuvent-elles être entretenues, voire améliorées chez les personnes âgées? 2832 volontaires, moyenne d'âge 73,6 ans, ont été incorporés dans une étude et attribués à quatre groupes de traitement avec dix séances d'entraînement de la mémoire, d'estimation et de rapidité d'élabo-

ration, et quatre séances de training de rappel après 11 et 35 mois. Cette étude a duré cinq ans. Ni la mémoire ni la capacité de jugement n'ont montré une quelconque amélioration dans les activités courantes. Le training de rappel a eu un effet significatif sur la rapidité d'élaboration. Comparativement au groupe témoin, le training cognitif a donné de meilleures capacités en rapport avec les qualités entraînées, à long terme – mais pas assez pour diminuer les admissions dans des homes ou hôpitaux, ni les dépenses pour la santé. – *Willis SL, et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. JAMA. 2006;296:2805–14.*

Ici comme ailleurs, la **détention par mesure de protection** est controversée. Les auteurs présentent une étude de neuf cas, entre 1997 et 2005 dans le canton de Zurich, manifestement jugés très dangereux lors de leur détention, mais qui ont dû être relaxés pour des raisons juridiques. Ce groupe à haut risque totalise 2% de tous les délinquants violents et sexuels. 8 sur ces 9 ont pu être suivis: tous ont récidivé, 7 en l'espace d'un an, avec des actes sexuels et violents gravissimes avec un total de 24 victimes. Cette étude permet d'identifier un groupe de dangereux malfaiteurs; elle justifie l'estimation systématique du risque pendant la détention et illustre la nécessité de l'identification d'un nombre restreint de délinquants à haut risque, qui doivent être maintenus en détention par mesure de protection. – *Urbaniok F, et al. Can high-risk offenders be reliably identified? Swiss Med Wkly. 2006;136:761–8.*

Existe-t-il une association? Par une froide journée d'hiver, une femme de 68 ans tombe dans le coma sur le sol de son appartement non chauffé. Son anamnèse est vierge et elle ne prend aucun médicament. Sa température est à 24,9 °C, sa tension artérielle systolique à 80 mm Hg et ses pulsations à 40. Son Hb était initialement à 138 g/L, et à 97 g/L après 24 heures. La CRP est à 170 mg/L et l'ECG montre les ondes J classiques (déviation de la branche ascendante du complexe QRS, onde d'Osborn) et une bradycardie sinusale. La chimie de routine est dans les normes. Cette patiente est réchauffée et placée aux soins intensifs. Elle y présente une hypotension persistante, réfractaire aux inotropes. De quoi peut-il bien s'agir? (Pour la solution voir ci-dessous)

Evidemment, une hypothermie profonde. Cette patiente présente en outre une pneumonie basale. Mais pourquoi une hypotension réfractaire aux substances inotropes après rétablissement d'une température normale? Insuffisance cortico-surrénale aiguë? En réalité: un test rapide au Synacthen donne initialement un cortisol bas, une ACTH fortement augmentée et absolument aucune réaction du cortisol à l'ACTH. Il s'agit donc d'une insuffisance cortico-surrénale aiguë sur hémorragie bilatérale des surrénales – ce que montre le CT abdominal comme dans la septième, et beaucoup plus rarement dans l'hypothermie. Non diagnostiquée, mortalité de 90%! – *Grossmann M, et al. A cool case: hypothermia and adrenal failure. Lancet. 2006;368:2184.*