






## Périscope


Nul ne savait exactement jusqu'ici si l'intervention coronarienne percutanée (PCI) améliorerait le pronostic de patients ayant une **ischémie silencieuse** (SI). Une étude suisse a recruté 96 patients ayant une SI confirmée par «stress imaging» dans une à deux artères et les a comparés à 105 patients sous traitement médicamenteux anti-ischémique. Leur évolution a été suivie pendant 10,2 ans en moyenne. 67 accidents notables se sont produits dans le groupe traitement anti-ischémique, contre 27 dans le groupe PCI, ce qui correspond à une diminution annuelle des accidents de 6,3%. La fraction d'éjection du ventricule gauche n'a pas varié dans le groupe PCI, mais a chuté significativement dans le groupe traitement médicamenteux. Ce qui parle pour la PCI! – *Erne P, et al. Effects of percutaneous coronary interventions in silent ischemia after myocardial infarction. JAMA. 2007;297:1985–91.* 

Le Roi est mort, vive le Roi! La première génération de **stents** est (bientôt déjà) morte, les nouveaux sont en stock! Par exemple un stent Xience™ Everolimus biorésorbable d'Abbott Laboratories, qui donne 7,2% au lieu des 9,0% d'échec du vaisseau responsable. Pendant qu'il est lentement résorbé in situ, ce stent libère des substances prévenant la resténose. Résultat final: une nouvelle artère en parfait état. Les premières études sont très prometteuses – mais le sent s'est contracté. – *Mitka M. New drug-eluting stents under study. JAMA. 2007;297:2064–7.* 

Pour la sécurité de la **transfusion sanguine** et des dérivés sanguins, la question de la transmission du cancer se pose. Sur 354094 patients ayant reçu des transfusions en Suède et au Danemark, 12012 (3%) ont reçu du sang de patients ayant déclaré un cancer dans les cinq ans suivant leur don. Ces patients ont été comparés à ceux qui avaient reçu du sang de donneurs non cancéreux. Les deux groupes ont globalement eu le même risque de développer un carcinome (le risque relatif corrigé a été de 1,00). → Il n'y a donc aucun argument voulant que la transfusion de donneurs précancéreux fasse courir un risque accru de cancer chez les receveurs. Ce qui est rassurant! – *Edgren G, et al. Risk of cancer after blood transfusion from donors with subclinical cancer. Lancet. 2007;369:1724–30.* 

Lauterbur, qui est-ce? **Paul C. Lauterbur** est le professeur de physiologie qui, ayant eu un «job d'été» chez MMR-Specialties en 1971, a dû «faire marcher ou mettre en faillite» le projet. Il a fait marcher ce qui est aujourd'hui l'IRM. A partir de signaux, il a créé des images. En 1973, *Nature* a publié son travail (en deuxième intention). Ses travaux et ceux de Mansfield ont ouvert la voie à la diffusion mondiale de l'IRM. En 1984, Lauterbur a reçu le Lasker Award, Mansfield a été nommé Chevalier par la Reine en 1993 et tous deux ont reçu le Prix Nobel la même année. Lauterbur est décédé à Urbana à l'âge de 77 ans. – *Oransky I. Paul C. Lauterbur. Lancet. 2007;369:1686.* 

La **malaria** est éradiquée de toutes les îles des Caraïbes – à l'exception d'Haïti et de la République dominicaine. Plus aucune prophylaxie n'est recommandée. Mais comment se fait-il qu'au début de l'été 2006 cinq touristes aient attrapé une malaria à *falciparum* sur Great Exuma, une île des Bahamas? Des études entomologiques et épidémiologiques ont été entreprises, qui ont permis d'identifier quinze cas, tous habitants des îles proches d'Haïti. Conclusion: la malaria à *falciparum* a été importée d'Haïti sur Great Exuma. 29 porteurs positifs et environ 180 non testés ont été traités par chloroquine/primaquine, les réservoirs d'*Anopheles albimanus* ont été radicalement désinfectés. A partir de la mi-septembre 2006, plus aucun cas ne s'est déclaré et plus aucune prophylaxie n'est recommandée pour les Bahamas. – *Dahl-Regis M, et al. Malaria – Great Exuma, Bahamas 2006. MMWR. 2006;55:1013–6 / JAMA. 2007;297:2189–91.* 

**Qu'en pensez-vous?** Un professeur de gymnastique de 47 ans vient en consultation avec des douleurs thoraciques. Il a une surélévation du segment ST, une troponine à 0,24 µg/l (n <0,10), un LDL très légèrement augmenté, un cholestérol total normal, une tension artérielle normale, il est non-fumeur. La coronarographie montre une sténose de 50% de la branche descendante de la coronaire gauche et une autre de 90% de la coronaire droite. Cette dernière est «stentée» et le patient reçoit clopidogrel, aspirine, métoprolol et atorvastatine. Après six mois, il revient avec des douleurs angineuses. A la coronarographie, sa sténose gauche a passé à 90% proximale et 50% distale, la circonflexe est sténosée à 50%. Quelle pourrait bien en être la cause: coronarosclérose sans facteurs de risque? (Pour la solution voir ci-dessous) 

Et maintenant, cette progression rapide «sans facteur de risque». Mais ce patient a un facteur de risque: dans sa jeunesse, il a été traité sur le thorax par une dose totale de 40 Gy pour un lymphome de Hodgkin. Et ce n'est que 30 ans plus tard à peu près que sa **coronarosclérose actinique** se manifeste – comme cela se produit chez 5,5–12% des patients irradiés, 3–29 ans plus tard. Ce long temps de latence est bien surprenant, tout comme la progression si rapide. – *Bramkamp M, et al. Radiotherapy and the heart. Lancet. 2007;369:1762.*