

## Périscope

**Carcinome de la prostate et antiandrogènes.** Les antiandrogènes freinent la progression du carcinome de la prostate. Au cours de la dernière décennie, les patients ont reçu environ dix fois plus d'antiandrogènes ce qui représente un risque accru d'athérosclérose et de toxicité cardiovasculaire, prise de poids, hyperlipidémie, baisse de la sensibilité à l'insuline, diabète de type 2. Une étude ayant porté sur près de 4900 patients pendant 4 ans a donné 5,5% de décès cardiovasculaires sous antiandrogènes contre 2% sans antiandrogènes. Mais ce n'est pas tout. Les antiandrogènes sont associés à 2,6% de fonte osseuse par an avec un risque de fractures multiplié par 3,5. Ils vont en outre de pair avec une perte accrue de fonctions cognitives, fatigue, léthargie, dépression, perte de la libido, dysfonction érectile et bouffées de chaleur. Le ralentissement de la progression de la maladie devrait également tenir compte des effets indésirables et des coûts (en milliards de dollars aux Etats-Unis) du traitement par antiandrogènes. – *BMJ*. 2008;337:771–2.

**Fertilisation in vitro (FIV)** – un ou deux embryons (ou plus)? La société britannique de fertilité et d'embryologie a publié ses guidelines sur le Single Embryo Transfer électif (eSET) dans la fertilisation in vitro. Des grossesses multiples sont le résultat du transfert de deux embryons ou plus. Mais elles présentent le risque de morbidité et de mortalité néonatales et maternelles. L'eSET est aussi bon qu'un transfert de deux embryons ou plus chez les femmes de moins de 37 ans. Une stimulation ovarienne modérée en relation avec l'eSET est aussi efficace que la stimulation conventionnelle avec transfert de deux embryons. L'espoir d'une diminution des naissances multiples est à l'opposé de celui des femmes d'accoucher d'un embryon transféré. Il ne devrait pas être facile de les convaincre des avantages de l'eSET (tout au moins au Royaume-Uni)! – *Lancet*. 2008;372:864.

Médecine géographique. Le Japon est en tête du nombre de **carcinomes gastriques** avec une incidence de 50–80/100 000 chez les hommes, 20–30/100 000 chez les femmes et quelque 100 000 nouveaux cas par an. L'Afrique est en fin de liste avec 3,3–9/100 000. L'Europe est au milieu avec un minimum de 7,0 et un maximum de 35,7/100 000. Au Japon, la mortalité est de 24,1/100 000, contre 3,4/100 000 aux Etats-Unis. En admettant que l'incidence minimale correspond à peu de choses près à celle due à *H. pylori* sans cofacteurs, les incidences largement plus élevées (exemple: Japon) seraient dues à *H. pylori* plus cofacteurs: surtout alimentation (importante consommation de sel, molécules nitroso) chez des patients susceptibles. La proportion de survie des patients opérés au Japon est particulièrement étonnante (70% à 5 ans), de même que la très faible mortalité opératoire de 0,8%. – *N Engl J Med*. 2008;359:448–51.

C'est aussi du Japon que provient un travail ayant examiné l'effet d'une **éradication d'*H. pylori*** après résection d'un carcinome gastrique au stade initial (type intestinal, diamètre >20 mm, sans ulcère actif ni cicatriciel). 544 patients ont été recrutés dans une étude et randomisés pour le traitement standard ou l'éradication:

lansoprazole 30 mg 2 × par jour, amoxicilline 750 mg 2 × par jour, clarithromycine 200 mg 2 × par jour pendant une semaine). Après 6, 12, 24 et 36 mois, une endoscopie a recherché un nouveau carcinome à un autre endroit de l'estomac. 9 patients du groupe éradication contre 24 du groupe traitement standard ont développé un carcinome gastrique. Le risque relatif du groupe éradication a été de 0,339 par rapport à celui du groupe traitement standard. Les patients ayant un carcinome gastrique au stade initial et positifs pour *H. pylori* devraient bénéficier d'un traitement éradicateur avant ou après l'opération. – *Lancet*. 2008;372:392–7.

Avec le **NICE**, National Institute for Health and Clinical Excellence, le Royaume-Uni dispose d'une institution censée – notamment – évaluer le rapport coût-efficacité de nouveaux médicaments chers et leur enregistrement (sunitinib, bévécizumab, sorafénib, temsirolimus, ranimizumab, etc.). Du point de vue du rédacteur de Périscope, cet institut travaille parfaitement bien et devrait sous peu être imité dans d'autres pays. Mais que se passe-t-il au Royaume-Uni? A quelques exceptions près, toute la horde des journalistes – *Times*, *Daily Mail*, *Sunday Times*, *Daily Telegraph*, etc. – tire à boulets rouges sur le NICE et ses présentateurs, avec le soutien des oncologues, de l'industrie pharmaceutique, du parti conservateur, etc. Que dit le BMJ? «Les journalistes doivent avoir du plaisir, et ils en ont manifestement à courir après le bruit de verre cassé avec la populace qui aboie.» Les contribuables trouvent cela incompréhensible, les malades insupportable et c'est le NICE qui en paie le prix. – *BMJ*. 2008; 337:788.

**Qu'en pensez-vous?** Un homme de 52 ans, alcoolique et cirrhotique, vient en consultation avec une hémorragie sur varices œsophagiennes. Il est intubé et émet après une heure une **urine verte**. Il n'a rien mangé ni pris de médicaments susceptibles d'expliquer la coloration de son urine. Le laboratoire donne une créatininémie à 202 µmol/l, une bilirubine totale à 60 µmol/l, l'urine a un pH de 6,5, une bilirubine à +2, un urobilinogène à 1 mg/100, et le reste du laboratoire est normal. De quoi peut-il bien s'agir? (Pour la solution voir ci-dessous).

Étonnant: le lendemain matin son urine a une couleur thé, comme avant, ce qui exclut bien de méthylène, indigo, biliverdine ou toute étiologie infectieuse. Aucune crainte: pour l'intubation il a reçu une brève narcose par un **propofol** (Diprivan®; Recofol®), qui explique la coloration par un métabolite hépatique. – *Kidney Int*. 2008;74:978.