

Périscope



Maladie de Crohn – une déficience immunitaire? Les patients ayant une maladie de Crohn ont un phénotype commun: diminution de la réponse immunitaire aux infections bactériennes, avec moins bonne reconnaissance de l'infection par les récepteurs intracellulaires et moins bonne clairance par autophagie. Ce qui provoque un déficit immun phénotypique par des voies non encore connues, avec persistance bactérienne et inflammation. Intéressant – mais: pourquoi seulement l'intestin? Faut-il aussi rechercher des altérations histopathologiques dans d'autres organes? Pourquoi justement *E. coli*? Faut-il aussi rechercher listérias, salmonelles et mycobactéries? Du travail pour les microbiologistes et les immunologistes, et surtout: vaccins? – *Lancet*. 2009;374:769–70.

«**Everything**». A la question du médecin: où mettre les limites du traitement médical, il n'est pas rare que la réponse des proches et/ou du patient soit: «Tout, faites tout!». Il ne faut pas le prendre au pied de la lettre mais se poser la question: Qu'est-ce que tout signifie? Atténuation maximale de la souffrance même si cela abrège éventuellement la vie? Ou tout ce qui est supposé prolonger la vie, mais pas la souffrance? Ou tout ce qui donne peut-être une chance de survie plus longue, même si la souffrance est elle aussi prolongée? Tout ce qui donne une chance de prolonger la vie sans tenir compte de la prolongation de la souffrance? Ou tout ce qui comporte un potentiel clair de prolonger la vie sans tenir compte de la souffrance du patient? – Réponse et un peu plus dans *Ann Intern Med*. 2009;151:345–9.

18 000 poussins vivent dans une ferme canadienne (qui pourrait bien aussi être US-américaine!) les uns sur les autres et dans leurs excréments, bactéries, coccidies, etc. Leur nourriture (et parfois déjà les œufs) est «enrichie» d'antibiotiques. Les quantités d'antibiotiques sont un secret fort bien gardé au Canada tout comme aux Etats-Unis. Il s'agit manifestement surtout de **céphalosporines**. Depuis l'an 2000, il y a une progression dramatique des résistances – pour les animaux tout comme pour l'être humain. Faut-il interdire les antibiotiques (chez les animaux en bonne santé)? «Totaleme nt injustifié», tel est l'avis de la corporation des vétérinaires. La FDA refuse de discuter ce problème – pour le moment encore! Peut-être lorsqu'il sera trop tard! – *Lancet*. 2009;374:773–4.

La **sprue** (coeliaquie) touche quelque 1% de la population occidentale et sa mortalité est très faible, mais cependant significative. 30–40% des patients sont porteurs du marqueur génétique et 2–3% développeront une coeliaquie à une fréquence extrêmement variable. Une étude suédoise a examiné 3049 décès par coeliaquie. 2967 avaient des signes d'inflammation (SI) à la biopsie et 183 une maladie latente. La mortalité absolue a été de 10,4/1000 années-patients (AP) pour la coeliaquie, 25,9 pour les SI et 6,7 pour la maladie latente. La mortalité excédentaire a été de 2,9/1000 années-patients pour la sprue manifeste, 10,8 pour l'inflammation et 1,7 pour la maladie latente. La première a eu un risque de décès de 1,39 (risque relatif), les SI de 1,72 et la sprue latente de 1,35 – sans tenir compte de la qualité du traitement. – *JAMA*. 2009;302:1171–8.

Oseltamivir (Tamiflu®) ou **zanamivir** (Relenza®)? Une femme de 22 ans, neutropénique après chimiothérapie pour une maladie de Hodgkin, vient avec dyspnée progressive, infiltrats pulmonaires bilatéraux et grippe H1N1 pandémique confirmée. Elle a reçu 75 mg d'oseltamivir 2 fois par jour plus antibiotiques (méro-pénem, téicoplanine et caspofungine) – en vain. Son état se détériore. Elle est ventilée et reçoit de l'hydrocortisone. Le titre d'oseltamivir est élevé dans le liquide de lavage bronchiolo-alvéolaire tout comme dans les frottis nasaux. La neutropénie se corrige lentement mais elle ne présente aucune amélioration clinique ni virologique jusqu'au 16^e jour. Le traitement passe au zanamivir, 600 mg 2 fois par jour. A partir du 24^e jour, cette patiente reçoit du zanamivir i.v. à haute dose – elle guérit en très peu de temps sans effets indésirables. Résistance à l'oseltamivir? Un avertissement? – *Lancet*. 2009;374:1036.

L'acide zolédronique (Aclasta®), un bisphosphonate administré en perfusion 1 fois par an dans l'ostéoporose, etc., a reçu de nouveaux avertissements de la FDA après 24 déclarations. Ces 24 patients ont développé une insuffisance rénale modérée ou aiguë après une perfusion. 18 ont dû être hospitalisés et 7 sont décédés. Mais plus de la moitié de ces patients avaient déjà des problèmes rénaux ou reçu en parallèle des médicaments néphrotoxiques. Les médecins sont priés «au cas où» de veiller à une hydratation suffisante avant la perfusion d'acide zolédronique, qui doit durer au moins 15 minutes, et de contrôler la créatininémie avant et après la perfusion – et de ne pas négliger les autres effets indésirables. – *JAMA*. 2009;302:838.

Qu'en pensez-vous? Un homme de 81 ans a depuis 15 mois une toux productive, une inappétence, des hypoglycémies, des vertiges, une dépression, une perte pondérale (–23 kg) une dysphagie, une hyperlipidémie. Il ne fume pas, ne boit pas, ne prend aucune drogue. Il a une asbestose pulmonaire depuis des années, avec plaques et fibrose (PaO₂ 72 mm Hg). Libéré avec des antibiotiques, il revient 2 mois plus tard: encore plus maigre, dysphagie encore plus marquée pour les solides. Pulsations et température sont normales, TA 87/45 mm Hg. Le laboratoire révèle une anémie (Hct 35%), une leucopénie (3700), une créatinine à 180 µmol/l – le reste étant normal. Œsophage: plaques blanches proximales, hypertrophie de la musculature longitudinale. Le diagnostic est lymphome à cellules B diffus – mais il semble que ce ne soit pas tout. Qu'est-ce qui manque? (Pour la solution voir ci-dessous)

Perte pondérale très importante, dysphagie, inappétence, dépression et surtout lésions œsophagiennes (candidose!) témoignent le plus probablement d'une infection opportuniste dans le cadre d'un sida. Il a effectivement une infection à VIH – «dont personne ne savait rien». Et le lymphome à cellules B pourrait lui aussi être associé à cette infection diagnostiquée très tardivement. De plus en plus même l'âge ne protège pas du VIH! – *N Engl J Med*. 2009;361:1189–98.