Périscope

Une énorme étude sur la prévention du cancer par la consommation de **fruits et légumes** devrait en confirmer l'intérêt. Quelque 478 500 sujets de 12 pays d'Europe ont mangé pendant 8,7 ans en moyenne 200 g de fruits ou légumes en plus de leur alimentation courante et ont vu leur risque de cancer diminuer de 3% – pas autant que les auteurs l'avaient imaginé. Consolation: ce régime fait peu de chose pour le cancer, mais il y a eu moins de diabète et de maladies cardiovasculaires – à condition que cela joue! La professeure (au nom prédestiné de Nestle) pense: *Don't close the books*, de telles études sont difficiles à réaliser; un apport calorique équilibré est plus important, éviter la *junk food*, manger des fruits et légumes et avoir une activité physique – c'est bon pour tout! – *JAMA. 2010;303:2127–8.*

La plante donnant la **colchicine** était déjà utilisée contre la goutte en Grèce il y a 3000 ans mais cette substance n'est plus présente que comme générique aux Etats-Unis depuis le XIXe siècle. Surprise, la FDA non seulement a enregistré la nouvelle version de colchicine (Colcrys®) mais a aussi accordé à son fabricant 3 ans d'exclusivité pour la goutte et (comme *Orphan Drug*) 7 ans pour la fièvre méditerranéenne. L'intéressant est que le fabricant est autorisé à la vendre 4.85 dollars US (contre 0.09 auparavant) *la pilule*. Ce qui fait 50 millions par an dans le meilleur des cas. Colcrys® figurera-t-il l'an prochain dans nos agendas et compendiums? – *N Engl J Med. 2010;362: 2045–6.*

Aux Etats-Unis, la douleur chronique est l'un des principaux motifs de consultation avec 20–50%. Au cours de ces 20 dernières années, les analgésiques opioïdes (pour les douleurs «non oncologiques») figurent parmi les médicaments les plus prescrits. Grave problème. Les experts recommandent de ne donner des opioïdes qu'avec le consentement de faire des contrôles d'urine. Une revue a porté sur 11 études (6 de centres de la douleur et 5 de cabinets privés) ayant appliqué cette recommandation. Toutes étaient des études d'observation de qualité insuffisante à moyenne, trop mauvaises pour faire l'objet d'une méta-analyse. Les résultats ont été faibles et ont tout au plus montré une réduction minime de la consommation d'opioïdes (7–23%). D'autres études, meilleures, sont nécessaires. – *Ann Intern Med. 2010;152:712–20.*

Le **linézolide** (Zyvoxid®) empêche la synthèse des protéines bactériennes, surtout *Staph. aureus*, *Staph epidermidis*, *Enterococcus faecalis* et *Enterococcus faecium*. Aucun *Staph. aureus* méthicillinorésistant (MRSA) n'a été déclaré jusqu'à maintenant. Mais voici que dans un hôpital espagnol de moyenne importance, des *Staph. aureus* résistant au linézolide et à la méthicilline ont été découverts chez 12 patients présentant un tableau clinique de pneumonies et bactériémies (6 décès). Le gène cfr transmet la résistance au linézolide aux pathogènes ci-dessus et maintenant aussi à *Staphylococcus aureus*. C'est manifestement la conséquence d'une utilisation à large échelle du linézolide. En en réduisant la consommation et contrôlant l'infection, cette épidémie pourrait toucher à sa fin. – *JAMA. 2010;303:2260–4.*

L'**imatinib** (Glivec®), inhibiteur de la tyrosine-kinase, a permis de faire un énorme pas en avant dans la leucémie myéloïde chronique (LMC). Un suivi de 8 ans a donné une réponse durable (85%) avec des effets indésirables acceptables. Quelque 20% des patients cependant ont montré un effet incomplet ou des effets indésirables intolérables. 2 études avec 846 et 519 patients ont testé 2 autres inhibiteurs de la kinase BCR-ABL, le **nilotinib** (Tasigna®) et le **dasatinib** (Sprycel®). En fait, le nilotinib (300 ou 400 mg 2× par jour) et le dasatinib (100 mg par jour) ont eu un effet meilleur et plus rapide que l'imatinib et ont diminué la progression vers la phase accélérée ou blastique – avec des effets indésirables semblables. Est-ce la fin de l'imatinib? – *N Engl J Med. 2010;362:2251–9/2260–70.*

Qu'en pensez-vous? Une patiente de 18 ans se présente chez son médecin traitant avec un problème évident: il y a 6 mois, elle s'est fait un piercing du pavillon de son oreille droite. 1 mois plus tard, elle développe un abcès violacé fluctuant sous l'oreille, qui est incisé. Elle reçoit de la céphalexine. En vain. La biopsie montre une inflammation granulomateuse, mais pas de bâtonnets acidorésistants. De quoi pourrait-il bien s'agir? (Pour la solution voir ci-dessous)

La culture du matériel de biopsie donne ***Mycobacterium fortuitum*** qui impose 4 mois de traitement par ciprofloxacine et triméthoprime-sulfaméthoxazole. En raison d'un syndrome du QT long, cette patiente est sous bêtabloquants, raison pour laquelle le médecin a renoncé à un macrolide. En cas d'infections cutanées sous forme de pustules, plaques ou ulcères après piercing ne réagissant souvent pas aux antibiotiques standard: penser aux mycobactéries non tuberculeuses. Les bâtonnets acidorésistants ne se voient parfois pas sur les colorations mais seulement dans les cultures tissulaires. – *N Engl J Med. 2010;362:2012.*