

Et ailleurs...?

Antoine de Torrenté

Hommes âgés avec testostérone basse: traiter?

La question

La concentration de testostérone chez l'homme normal baisse avec l'âge. Les symptômes sont assez similaires à ceux résultant d'un hypogonadisme pituitaire ou testiculaire: difficultés sexuelles, perte d'énergie et de «l'élan vital». Les traitements de substitution, mis à part une augmentation de la masse musculaire et une baisse de la masse grasse, ont donné des résultats mitigés sur les autres symptômes. En 2003, l'*Institute of Medicine* a recommandé que ce problème soit attaqué de manière coordonnée et a mis en route les «Testosterone Trials».

La méthode

7 études randomisées en double aveugle contre placebo ont été mises en route. 3 études seront résumées ci-après: 1) étude sexuelle, 2) étude d'aptitude physique, 3) étude dite de vitalité. Ces études ont été conduites dans 12 sites et ont duré 12 mois. Les critères d'efficacité ont été examinés au départ puis à 3, 6, 9 et 12 mois. Les patients ont été recrutés par mail. Les critères d'éligibilité principaux étaient un âge >65 ans et un taux de testostérone <275 ng/dl (8,57 nmol/l). Les critères d'exclusion étaient entre autres un risque de cancer de la prostate

>35% (prostate cancer risk calculator), un risque cardiovasculaire élevé (infarctus du myocarde dans les trois mois précédant l'étude), une insuffisance cardiaque NYHA III ou IV et une TA systolique >160. Les autres critères d'inclusion ont été basés sur des questionnaires validés trop nombreux pour être résumés ici. En bref, concernant l'activité sexuelle il fallait une partenaire prête à 2 rapports par mois. Pour l'aptitude physique: une difficulté à la marche ou une vitesse de <1,2 m/s au test des 6 minutes. Pour la vitalité: un score <40 (score de 0 à 52). Les patients sélectionnés ont reçu un gel de testostérone à 1%, 5 g par application ou un gel placebo. Les issues primaires étaient la différence entre les scores et résultats au départ de l'étude, aux mois de contrôle intermédiaires et à 12 mois.

Les résultats

>51 000 hommes ont été atteints par mail et au final seuls 790 ont été retenus. L'énumération des chiffres des scores des issues primaires rendraient la lecture fastidieuse et seul les appréciations verbales des auteurs sont rapportées. 91% des patients sous traitement actif ont atteint une concentration de testostérone au-dessus de la limite normale inférieure. Pour l'étude sexuelle, 230 ont reçu le gel actif et 229 le placebo. Un effet significatif modeste a été obtenu sur la libido et la

capacité érectile, plus importantes à 3 mois qu'à 12. Pour l'aptitude physique, 191 ont reçu la testostérone et 196 le placebo. Il n'y a pas eu d'effet sur la distance de marche en 6 minutes. Pour l'étude de vitalité, il n'y a pas eu d'effet significatif mais un petit effet positif sur l'humeur et les symptômes dépressifs.

Les problèmes

On ne peut être que surpris que seuls 790 patients sur >51 000 aient été retenus. Les critères d'exclusion étaient très sévères et ceci explique probablement cela.

Commentaires

On pourrait argumenter: tout ça pour des résultats bien modestes (vie sexuelle) voire inexistantes. Heureusement, il n'y a pas eu d'effets secondaires graves du traitement. A 12 mois, un seul cancer de la prostate a été diagnostiqué dans le gr. actif et 0 dans le gr. placebo mais le PSA a augmenté de >1 ng/ml chez 23 patients du gr. actif contre 8 du gr. placebo. Que serait-il advenu si le traitement avait été prolongé? Le nombre d'infarctus du myocarde a été de 7 dans les deux groupes. Alors quoi? Pour un homme vieillissant (et riche...) qui se trouve une jeune femme, un petit appoint supplémentaire si son taux de testostérone est bas peut peut-être lui rendre service...

Snyder PJ. New Engl J Med. 2016;374:611.

Abcès cutanés non compliqués: drainage ou drainage + antibiothérapie?

Les abcès cutanés simples sont de plus en plus fréquents, particulièrement depuis l'émergence des staphylocoques dorés résistants à la méthicilline (MRSA). 630 patients ont été traités par drainage + triméthoprime (320 mg) et sulfaméthoxazole (1600 mg) (Bactrim®) 2x/j pendant 7 jours. 507 ont été guéris. Dans le groupe drainage, seuls 454 patients sur 617 ont été guéris (p <0,001). Le taux de drainage secondaire, d'infections à d'autres sites cutanés étaient significativement plus bas dans le groupe avec antibiothérapie. 45% des prélèvements ont montré des MRSA. Il faut probablement associer l'antibiothérapie mais dans le groupe drainage seul le taux de guérison était tout de même de 74%...

Talan DA. New Engl J Med. 2016;374:823.

La mammographie induit-elle des cancers du sein?

Une étude de modélisation conclut que chez 100 000 femmes âgées de 40, 45 et 50 ans une

mammographie annuelle jusqu'à 74 ans induit 125 nouveaux cas de cancer et 16 décès mais prévient 968 décès grâce à une détection précoce. Les femmes avec des seins volumineux sont plus à risque. La méthodologie est extrêmement complexe mais ces chiffres donnent à réfléchir...

Miglioretti DL. Ann Intern Med. 2016;164:205.

Donner un rein: danger?

Si la nature nous a pourvu de deux reins ce n'est peut-être pas une évolution superflue. Comment évaluer le risque d'insuffisance rénale terminale lorsque, dans un geste altruiste, on donne l'un de ses reins? Une recherche basée sur 10 critères de santé et démographiques obtenus à partir de 7 cohortes de population générale a estimé le risque d'insuffisance rénale terminale après 15 ans de suivi d'une population âgée de 40 et plus. Pour les non-donneurs, ce risque est de 0,25% pour un homme noir, 0,15% pour une femme noire, 0,06% pour un homme blanc et 0,04% pour une femme blanche. Le don d'un rein augmente le risque

d'insuffisance terminale de 3,5 à 5,3 fois. Il faut rappeler que le nombre de néphrons dont est équipée une personne peut varier du simple au double, les personnes de race noire étant moins bien pourvues en général.

Grams ME. New Engl J Med. 2016;374:411.

Etre heureux a-t-il une influence directe sur la mortalité?

Une mauvaise santé peut provoquer un sentiment d'être malheureux. Est-ce ce sentiment ou la maladie qui augmente alors la mortalité? A contrario, l'étude «Million Women Study» essaie de répondre à la question de savoir si le sentiment d'être heureux diminue la mortalité. >700 000 femmes ont été interrogées sur la perception de leur bonheur, de leur santé, de leurs stress et du contrôle sur leur vie. L'âge moyen était de 59 ans. Après 10 ans de suivi, il ressort (prévisible) que la maladie provoque un sentiment d'être malheureux mais que le sentiment d'être heureux n'a pas d'effet sur la mortalité. Dommage mais on aurait pensé autrement!

Liu B. Lancet. 2016;387:874.