

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la Médecine générale

Grippes et antiviraux

L'actualité récente a fait surgir la question des nouveaux anti-viraux, inhibiteurs des neuraminidases (oseltamivir, zanamivir). Ceux-ci présentent un spectre d'activité supérieur à celui des adamantanes avec moins d'effets secondaires, restant toutefois contre-indiqués chez l'enfant de moins d'un an. Pourtant, quelques cas de résistance virale ont été d'ores et déjà décrits, de la part de l'influenza humain ainsi que du variant aviaire. En cas de **grippe humaine classique**, suspectée sur base de fièvre et toux en période épidémique, leur **usage thérapeutique** est possible endéans les 48 heures (si possible, < 12h) à partir du début des symptômes (adulte: 2 x 75 mg/j oseltamivir durant 5 jours). L'**usage prophylactique** (1 x 75 mg/j) est conseillé dans le cadre d'épidémies communautaires chez les personnes non vaccinées, éventuellement pour une période couvrant jusqu'à 6 semaines si la vaccination reçue ne concernait pas la souche effectivement active.

Même si aucun cas de contagion inter-humaine n'a été rapporté à ce jour, une prochaine pandémie de **grippe aviaire** (influenza A, H5N1) chez l'homme n'est pas exclue du fait de la diversification croissante des espèces infectées et de la multiplication des cas décrits d'infection humaine par ce virus. Les symptômes apparaissent après une incubation de 2 à 4 jours: fièvre, toux (fréquents infiltrats pulmonaires radiologiques et altération des transaminases). L'évolution de cette grippe est plus souvent fatale que celle de la grippe humaine commune. Un vaccin est déjà à l'étude mais entre-temps, seuls les antiviraux sont utiles, quoiqu'à plus forte dose vraisemblablement (jusqu'à 2 x 150 mg oseltamivir par jour). Un usage prophylactique est également conseillé selon les cas.

Moscona A. Drug therapy: neuraminidase inhibitors. *N Engl J Med* 2005; **353**: 1363-73.

The WHO Writing Committee. Current concepts: avian influenza A (H5N1) infection in humans. *N Engl J Med* 2005; **353**: 1374-85.

Jambes sans repos

Une étude récente montre que 10% de la population adulte souffre du syndrome des jambes sans repos. Un tiers de ces patients présente des troubles suffisamment importants pour justifier une prise en charge médicale du problème.

Le diagnostic est basé sur des critères cliniques. Il faut une douleur et/ou un besoin impérieux de bouger au niveau des membres inférieurs, apparaissant au repos et aggravés la nuit. Ces manifestations doivent être soulagées par le mouvement. En général, les symptômes débutent de manière modérée et intermittente pour devenir plus intenses et plus constants. Le syndrome des jambes sans repos engendre des troubles du sommeil qui constituent parfois le motif initial de consultation. La fatigue et parfois la dépression provoquées par les formes sévères sont régulièrement à l'avant-plan du tableau clinique.

La prise en charge médicale consistera en des **mesures hygiéno-diététiques** (activité physique et réduction du thé, café et tabac) et l'usage de quelques substances pharmacologiques. Les agents dopaminergiques tels que la lévodopa (50 à 200 mg) et le ropinirole (2 à 4 mg) sont efficaces en une prise le soir. Certaines benzodiazépines, clonazépam en premier, sont efficaces mais peu utilisées en raison des phénomènes de tolérance et de dépendance qui apparaissent lors d'un usage chronique. Parmi les anti-épileptiques, la carbamazépine et la gabapentine semblent efficaces mais avec un niveau de preuve inférieur à celui des agents dopaminergiques.

Une anamnèse soignée permet de diagnostiquer les patients souffrant du syndrome des jambes sans repos. Des traitements efficaces peuvent alors être proposés.

Azulay JP. Syndrome des jambes sans repos: un diagnostic souvent méconnu. *Rev Prat médecine générale* 2005; **702/703**: 935-7.

Protéger les personnes âgées en vaccinant les nourrissons

Le vaccin antipneumococcique contenant 7 sérotypes et destiné aux nourrissons et aux jeunes enfants est utilisé depuis mars 2000 aux États-Unis. Bien que ce vaccin contienne moins de sérotypes que celui destiné aux personnes âgées (23 dont les 7 mêmes sérotypes plus 16 autres), celui-ci utilise une protéine porteuse qui améliore l'efficacité vaccinale. En plus d'induire une meilleure réponse des cellules T, il amplifie la réponse en cas de contact avec les antigènes pneumococciques et surtout réduit le portage nasopharyngé de ces sérotypes. C'est grâce à cet effet sur le portage pneumococcique, spécialement chez les enfants plus à risque d'être colonisés (moins de 2 ans), que ce vaccin réduit la transmission du pneumocoque au sein d'une communauté. À partir d'une surveillance des cas d'infections pneumococciques invasives sur une population de 8 états (18 813 000 personnes) entre 1998 et 2003, les auteurs ont constaté, depuis l'introduction du vaccin, une diminution de 28% de l'incidence de ces infections pneumococciques invasives chez les adultes de plus de 50 ans (de 40,8 cas pour 100 000 personnes en 1998-1999 à 29,4 en 2002-2003). En conclusion, il semble bien que l'introduction du vaccin anti-pneumococcique à 7 sérotypes dans le programme de vaccination du nourrisson et du jeune enfant diminue la survenue des infections invasives à pneumocoques chez les personnes âgées. Ces données doivent encore être confirmées sur d'autres populations (notamment en Europe) où la distribution des sérotypes pneumococciques peut être différente.

Lexau C.A., Lynfield R., Danila R. et al. Changing epidemiology of invasive pneumococcal disease among older adults in the era of pediatric pneumococcal conjugate vaccine. *JAMA* 2005; **16**: 2043-51.

AVERTISSEMENT: La «Revue des Revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

Troubles de l'humeur à la ménopause

Des travaux récents suggèrent que ce n'est pas la période post ménopausique qui constitue en soi une période à risque de dépression, mais plutôt la période péri ménopausique.

La péri ménopause représente la rupture avec la période fertile, la première sonnette inexorable du temps qui passe. Elle peut engendrer une crise psychologique importante face à la perte, au deuil, aux angoisses de mort et de solitude. La ménopause est caractérisée par différents signes cliniques. Les bouffées de chaleur en sont la tête de file. Il ne faut cependant pas négliger la labilité de l'humeur, les troubles de l'attention, les tendances dépressives et les troubles du sommeil.

Différentes études ont pu mettre en évidence qu'un traitement hormonal peut suffire en cas de troubles mineurs de l'humeur. Lorsqu'une substitution hormonale est recommandée pour des troubles neurophysiologiques, on préconisera une substitution hormonale physiologique (œstradiol par voie transdermique et progestérone par voie vaginale).

En cas de dépression majeure, le traitement de référence reste les antidépresseurs.

Il est important de souligner que du point de vue biologique, la ménopause n'est pas une endocrinopathie, mais un des symptômes du processus du vieillissement normal.

Bertschy G, De Ziegler D, Bianchi-Demichelli F. Troubles de l'humeur chez la femme périménopausique: traitement hormonal ou antidépresseur? *Rev Med Suisse* 2005; 1: 2155-61.

Facteurs de risque de deuxième mélanome

Quels facteurs peuvent être incriminés pour expliquer la survenue de plusieurs mélanomes primaires chez certains patients? En étudiant les données du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de New-York (4484 cas ayant eu un diagnostic initial de mélanome primaire entre 1996 et 2002), les auteurs, ont montré que les patients avec une histoire familiale de mélanomes primaires multiples (MPM) ou une histoire personnelle de nævus dysplasique (grain de beauté atypique qui possède des caractéristiques à risque de développer un mélanome) ont, de manière significative, un plus grand risque de développer des MPM et doivent être enrôlés dans un programme de surveillance dermatologique plus intensif. L'âge et le sexe du patient, la localisation, le stade lors du diagnostic initial n'ont pas d'influence significative sur la survenue d'un deuxième mélanome. Notons, pour être précis, que le risque cumulatif à 5 ans de développer un second mélanome primaire était de 11.4% chez leurs 4484 patients, avec un risque accru durant la première année. Après un second mélanome primaire, le risque d'en découvrir un troisième est presque triplé.

Ferrone C.R., Porat L.B., Panageas K.S. et al. Clinicopathological features of and risk factors for multiple primary melanomas. *JAMA* 2005; 13: 1647-1654.

Stratégies pour l'autosurveillance glycémique

Chez les patients diabétiques de type 1, dont le traitement de référence est l'insulinothérapie intensive, l'autosurveillance glycémique est indispensable afin qu'ils puissent adapter eux-mêmes les doses d'insuline.

Chez les patients diabétiques de type 2 traités par une injection quotidienne d'insuline associée au traitement oral, une autosurveillance glycémique quotidienne au réveil est utile pendant la période initiale d'adaptation de la dose d'insuline.

Chez les patients diabétiques de type 2 dont l'hyperglycémie est mal maîtrisée malgré le traitement oral, l'autosurveillance glycémique est reconnue comme un moyen de rendre le patient davantage actif dans la prise en charge de sa maladie.

Chez les patients diabétiques de type 2 traités seulement par la diététique et l'exercice physique ou pour ceux dont l'hyperglycémie est correctement maîtrisée par un traitement oral, aucune donnée ne justifie une autosurveillance glycémique.

Attention, le nettoyage à l'alcool peut fausser les résultats.

Pour des raisons évidentes de risque de transmission virale, un appareil lecteur de glycémie doit rester à usage exclusivement personnel.

Prescrire Rédaction « Autosurveillance glycémique » *Revue Prescrire* 2005; 25 (266): 769-75.