

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la Médecine générale

Quand doser la prolactine ?

Un dosage de la prolactinémie est recommandé dans les situations cliniques suivantes : troubles du cycle, gynécomastie, galactorrhée, infertilité et troubles sexuels (tant chez l'homme que chez la femme) tels que baisse de libido, dyspareunie ou dysérection sans explication évidente. Ce dosage est également indiqué dans le cadre des mises au point de céphalées chroniques et de troubles visuels. En effet, une hyperprolactinémie peut accompagner un prolactinome ou d'autres tumeurs intra-crâniennes supra-sellaires. Face à une hyperprolactinémie, il convient d'exclure une grossesse ainsi qu'une origine iatrogène médicamenteuse. Parmi les substances pouvant être à l'origine d'une hyperprolactinémie, citons les anti-dépresseurs (tricycliques, IMAO, SSRI), le sulpiride, les neuroleptiques (phénothiazines, butyrophénones, risperidone, molindone), les anti-émétiques (métoclopramide et dompéridone), le verapamil et la réserpine. Il faut également exclure une insuffisance rénale, hépatique ou une hypothyroïdie qui peuvent aussi s'accompagner d'une hyperprolactinémie.

Cela étant vérifié, un second dosage de prolactine est souhaitable afin d'exclure une fluctuation parapsychologique (stress p. ex) avant de demander une imagerie hypophysaire par RMN. (TVdS)

Brue T. Dosage de la prolactine : quand la demander ? *Rev Prat médecine générale* 2005 ; 710/711 : 1288-91.

Traitement de l'obésité : du neuf ?

Le New England Journal of Medicine a publié conjointement deux études portant sur le traitement de l'obésité. Une première étude, canadienne, a testé l'efficacité du **rimonabant**, un inhibiteur sélectif des récepteurs cannabinoïdes 1. Un groupe de 1306 sujets en surpoids (BMI entre 27 et 40) et présentant des troubles lipidiques (hypertriglycéridémie, hypocholestérolémie HDL relative) a suivi un régime hypocalorique tout en recevant, soit un placebo, soit du rimonabant à 5 ou à 20 mg/j durant 1 an. Dans le groupe rimonabant 20 mg, l'amélioration a été plus importante que sous placebo, en terme de poids (- 5,4 kg), mais aussi concernant certains marqueurs du risque cardiovasculaire : tour de taille (- 4,7 cm), taux de HDL-cholestérol (+ 8,1%), de triglycérides (- 13%) et d'adiponectine (+ 46,2%).

Une deuxième étude, américaine, a comparé l'administration de **sibutramine** et/ou la participation régulière à des **séances collectives répétées d'information éducative**. Après 1 an, parmi les 224 sujets obèses inclus, ceux recevant la thérapie "combinée" avaient perdu plus de poids (12,1 kg) que ceux recevant la sibutramine seule (5,0 kg), avec une perte maximale de poids pour ceux qui notaient régulièrement les quantités ingérées (18,1 kg). L'approche comportementale seule avait donné une perte moyenne de 6,7 kg.

L'éditorialiste conclut que l'approche thérapeutique de l'excès de poids ne devrait jamais être pharmacologique seule. L'auteur rappelle aussi les risques inhérents à un usage généralisé et "sauvage" de toute nouvelle molécule dans cette indication. Il craint qu'avec le rimonabant, on ne soit confronté aux mêmes déboires que ceux causés dans le passé par la phentermine, puis par la dexfenfluramine. (JVdS)

Wadden TA et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 2111-20.
Després JP et al. Effects of rimonabant on metabolic risk factors in overweight patients with dyslipidemia. *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 2121-34.

DA comme dermatite atopique

La dermatite atopique (DA) est l'affection chronique cutanée la plus fréquente chez l'enfant. L'article focalise l'attention du lecteur sur des attitudes pratiques à adopter face à un enfant qui souffre de cette affection.

Quand le diagnostic de DA est posé, il faut expliquer aux parents qu'il s'agit d'une maladie chronique qui évolue par poussées et qu'aucun traitement ne peut empêcher des poussées ultérieures. Ceci peut éviter une trop grande déception lorsqu'une nouvelle poussée survient.

Le principal traitement préventif consiste à restaurer et protéger la barrière cutanée : cela doit être un effort quotidien. Les parents doivent réaliser qu'un traitement complet demande au moins une dizaine de minutes par jour. La quantité d'émollient nécessaire pour un traitement est souvent sous-estimée. Une consommation de 100 g d'émollient par semaine est réaliste, il ne faut donc pas négliger le coût de ce traitement préventif.

Les dermocorticoïdes représentent le traitement le plus efficace contre l'inflammation cutanée (et non curatif : bien insister) Le passage systémique avec un freinage de l'axe surrénalien et un blocage de la croissance est rare. Il a été démontré récemment que l'utilisation de 80 g/mois d'un dermocorticoïde de classe III sur le corps est dénuée d'effets secondaires. Une application quotidienne est recommandée pendant 5 à 10 jours, suivie d'une diminution progressive des doses pour éviter les rebonds (par ex. 1 j/2 pendant une semaine, ensuite 2x/sem. la semaine suivante) (FP)

Rossetti G, Laffite E, Eigenmann PA et al. Traitement de la dermatite atopique : approche pratique. *Rev Med Suisse* 2005 ; 1 : 501-4

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.

Things are against us

Les petites cuillères ont une propension à disparaître. Ce problème est particulièrement crucial dans les institutions où il génère un coût non négligeable pour ces dernières.

Et pourtant la littérature scientifique ou médicale n'en ont jamais parlé: Google Scholar et Medline sont incapables d'afficher le moindre résultat sur le sujet.

Le très sérieux BMJ a décidé quant à lui de combler cette lacune en publiant une étude réalisée par le tout aussi sérieux Center for epidemiology and population health research de Melbourne (Australie). Une étude de cohorte longitudinale a mesuré l'incidence de disparition de 70 petites cuillères (discrètement numérotées) et la demi-vie de ces mêmes objets au sein des huit tearoom de cet institut de recherche.

80% de ces petites cuillères ont disparu au cours des cinq mois qu'a duré l'étude avec une demi-vie moyenne observée de 81 jours. Le taux de disparition n'était pas influencé par la valeur de la cuillère. La fréquence de disparition était telle que pour assurer la permanence des 70 petites cuillères, il eut fallu en prévoir 250. Une petite cuillère est perdue pour 100 jours/petites cuillères. Par ailleurs, cette étude a montré un très faible taux de satisfaction des utilisateurs par rapport aux petites cuillères.

Cette aptitude des petites cuillères à disparaître démontre que les humains ont peu de contrôle sur les objets.

Cette étude ne répond cependant pas à la question du pourquoi de ces disparitions: résistance des objets inanimés à l'égard des humains ou absorption par une autre planète? Il faudra d'autres études pour élucider ce mystère qui reste entier. (EM)

Lim M, Hellard M, Aitken C: The case of the disappearing teaspoons: longitudinal cohort study of the displacement of teaspoons in an Australian research institute. *BMJ* 2005; 331: 1498-500

Ton IPP t'a-t-il ôté ta toux ?

Des études de cohorte chez les adultes suggèrent que le reflux gastro-œsophagien (RGO) est responsable de 21 à 41% de toux chronique d'étiologie non spécifiée. Certains guidelines concernant le traitement de la toux chronique recommandent dès lors un traitement empirique d'essai contre le RGO pour traiter cette toux, même en l'absence de signes cliniques de reflux. Une étude systématique de la littérature à grande échelle (Cochrane) a cherché à établir l'efficacité des traitements contre le RGO sur la toux chronique non spécifique tant chez les enfants que chez les adultes.

11 études ont été incluses dans la revue. Une méta-analyse a été limitée à 5 études chez l'adulte comparant inhibiteurs de pompe à proton vs placebo.

Les données chez les enfants sont insuffisantes concernant l'efficacité des traitements anti-acides sur la toux et il n'existe pas d'études randomisées concernant l'usage des IPP.

Chez l'adulte, l'utilisation des inhibiteurs de pompe à proton pour traiter une toux associée à un RGO montre une certaine efficacité chez certains adultes. Mais cet effet n'est pas aussi généralisé que ce qui a été suggéré jusqu'à présent par les études de cohorte. Il faudrait des études contrôlées randomisées plus puissantes pour justifier des recommandations internationales. Les auteurs estiment que face à une toux chronique d'étiologie non spécifiée et en l'absence de manifestations cliniques de reflux, mieux vaut confirmer le RGO par des investigations appropriées que de prescrire un traitement anti-acide empirique. Signalons aussi que l'on a rapporté des cas de toux chronique... chez des patients sous IPP. (EM)

Chang A.B, Lasserone TJ, Kilijander TO, Connor FL, Gaffney JT, Garske LA: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux *BMJ* 2006; 332: 11-4