

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la médecine générale

Pic monoclonal : quelle attitude ?

La découverte d'une gammopathie monoclonale est fréquente en médecine générale, surtout avec le vieillissement de la population. Cette découverte implique toujours un examen clinique approfondi comportant la recherche d'éventuelles adénopathies, d'une spléno- et/ou hépatomégalie, de douleurs osseuses ou d'une altération de l'état général. Si le patient est symptomatique, la mise au point spécialisée doit être immédiate. Par contre, si le patient est asymptomatique (ce qui n'exclut pas une hémopathie maligne), il faut réaliser une biologie avec hémogramme, calcémie, créatininémie et dosage du composant monoclonal par immuno-électrophorèse. **Si le composant monoclonal est < 15 g/l** et le reste de la biologie normal, aucun examen supplémentaire n'est requis. Le diagnostic de gammopathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS) peut être retenu. Une surveillance semestrielle puis annuelle en cas de stabilité durant la première année est toutefois recommandée en raison d'une possible transformation maligne. **Si le composant monoclonal est = 15 g/l** ou si un des éléments de la biologie est anormal (insuffisance rénale, hypercalcémie, anémie p. ex), il est utile de compléter le bilan selon le type du composant monoclonal. Pour les IgG et les IgA : myélogramme et bilan radiologique osseux. Pour les IgM : biopsie ostéo-médullaire avec typage, scanner abdominal et recherche de cryoglobulines. (TVdS)

Decaux O, Grosbois B. Gammopathies monoclonales. *Rev Prat médecine générale* 2007 ; 21 : 274-6.

Vitamine D en maison de repos

Cette étude randomisée a suivi 725 personnes âgées réparties dans 124 maisons de repos aux USA. Chacune d'entre elles a reçu de manière

journalière soit un placebo soit 200, 400, 600 ou 800 UI de vitamine D durant 5 mois. Sur cette même période, les patients présentant une ou plusieurs chutes et le nombre de chutes ont été enregistrés. Seul le groupe recevant 800 UI/jour a présenté un nombre significativement plus bas de chuteurs et de chutes que le groupe placebo. **Les auteurs recommandent 800 UI de vitamine D par jour aux sujets à risque de chute en maison de repos.** (TVdS) (N.D.L.R. : la vitamine D agit autant sur la qualité de la musculature que sur celle de l'os. C'est cet effet musculaire favorable qui réduit le nombre de chutes.)

Broe K, Chen T, Weinberg J, Bischoff-Ferrari H et al. A higher dose of vitamin D reduces the risk of falls in nursing home residents : a randomized, multiple-dose study. *J Am Geriatr Soc* 2007 ; 55 : 234-9.

Adolescence : une période à haut risque

Le Lancet dénonce les carences spécifiques des systèmes de soins de santé concernant l'adolescence. Les limites de l'adolescence s'étendent entre 12 et 24 ans. Cette catégorie de patients représente un quart de la population mondiale. Les nombreuses modifications physiques, psychologiques et sociales vécues au cours de cette période en font des patients considérés comme à très haut risque. La plupart des problèmes proviennent du délai de plus en plus long entre la maturité physico-sexuelle et la maturité psychosociale. **L'abus de substances toxiques** (drogues, alcool et tabac) est universellement répandu dans cette tranche d'âge. De nombreux adolescents courent par ailleurs de sérieux risques de contracter des **MST**. On estime à dix millions, entre 15 et 24 ans, les porteurs de HIV. Les jeunes femmes sont les plus vulnérables, avec les risques de **grossesses non désirées et prématurées**. L'avortement est une des principales causes de mortalité des jeunes filles/femmes dans les pays en voie de développement. Dans les pays développés, 17% des jeunes sont en **surpoids ou obèses**, ce qui laisse présager des problèmes cardiovasculaires ou du

diabète à un âge de plus en plus jeune. La **santé mentale** des adolescents nécessiterait aussi des stratégies spécifiques. « Pour les jeunes sans le support d'une famille forte et d'une éducation adéquate, la puberté est une période à très haut risque. Préserver des relations solides avec la famille et l'école est fondamental pour promouvoir le développement du bien-être physique et social des adolescents. La réussite de la promotion de la santé parmi les jeunes dépend de la manière dont on aura intégré les résultats atteints au XX^e siècle en termes d'éducation et de bien-être économique avec l'opportunité d'adopter des rôles et des comportements adultes au moment où l'on est vraiment prêt à les affronter ». (EM)

Kleinert S. Adolescent health : an opportunity not to be missed. *The Lancet* 2007 ; 369 : 1057-8.

Resnick MD, Bowes G. Us and them : worldwide health issues for adolescent. *The Lancet* 2007 ; 369 : 1058-60.

Patton GC, Viner R. Pubertal transition in health. *The Lancet* 2007 ; 369 : 1130-9.

Faut-il évaluer les médecines alternatives ?

Le BMJ s'interroge : le NICE (National Institute for health and Clinical Excellence) doit-il s'investir dans l'évaluation des pratiques alternatives ?

Les médecines complémentaires et alternatives recouvrent un groupe hétérogène de thérapies dont les objectifs sont plus souvent l'amélioration du bien-être ou la prévention que le traitement au sens courant du terme. Bien qu'elles soient largement utilisées par le public, le NICE n'est jamais intervenu pour élaborer des guidelines à leur sujet. Il n'existe toujours pas, pour ces pratiques, de méthodes d'évaluation aussi rigoureuses que celles appliquées à la médecine officielle. Les partisans d'une intervention du NICE dans l'évaluation de ces pratiques invoquent la nécessité de tester comme pour les thérapeutiques officielles, l'efficacité, le rapport coût-bénéfice, la qualité, la sécurité de ces pratiques par rapport aux traitements officiels ou à l'absence de traitement. L'absence d'évaluation mène à

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.

des inégalités en santé. Pour certaines thérapies alternatives bon marché, prouver leur efficacité pourrait faire l'épargne de traitements plus chers. Mais d'autres, comme David Colqhoun, professeur de pharmacologie à l'University College de Londres déclarent que le NICE a d'autres chats à fouetter. Pourquoi perdre du temps et de l'argent à évaluer l'efficacité de thérapies dont même les plus honnêtes défenseurs admettent qu'elles manquent de preuve? «L'homéopathie a eu plus de 200 ans pour faire ses preuves, déclare David Colqhoun, l'acupuncture et les médecines traditionnelles chinoises ont eu des milliers d'années pour la faire. Et il y a toujours peu de preuves convaincantes de leur efficacité. N'est-ce pas assez?» (EM)

Franck L, Chantler C, Dixon M, Colqhoun D: Should NICE evaluate complementary and alternative medicine? *BMJ* 2007 334: 506-7

Obésité: savoir raison garder sans harceler

La revue Prescrire publie une synthèse des évaluations disponibles concernant les méthodes de réduction du poids.

La plupart des essais comparatifs randomisés n'expriment les résultats des prises en charge de l'obésité qu'en terme de poids, sans tenir compte des conséquences sur la qualité de vie. Les facteurs socio-environnementaux n'y sont pas pris en compte. L'imagination des concepteurs de régime est sans limite. Cependant, d'après 32 RCT's évaluées par NICE, le régime le plus efficace reste la réduction calorique modérée (600kcal en moins par jour par rapport à la ration habituelle) et équilibrée (50 à 55% de glucides, 30 à 35% de lipides, 10 à 20% de protéines). Les régimes très

restrictifs ne sont compatibles ni avec une vie sociale ni avec une activité physique normale. Ils comportent des risques de carence s'ils sont prolongés et des cas de mort subite ont été rapportés. Des effets secondaires graves ont été observés avec des régimes hyperprotéinés: hypocalcémie, hypokaliémie, acidocétose, pancréatite voire décès. Obèses ou non, les patients avec hyperlipidémie ou coronaropathie ont intérêt à choisir un régime de type méditerranéen dont l'efficacité préventive cardiovasculaire est prouvée. L'association d'une activité physique à un régime hypocalorique est nécessaire pour le maintien de la réduction pondérale. On parle d'activités physiques énergiques plus que d'activités sportives: marcher 30 à 45 minutes par jour 5 jours sur 7 équivaut à perdre 100 à 200 kcal par jour. Le SIGN (Scottish Intercollegial Guidelines Network) fait des propositions pratiques: profiter de toutes les occasions de marcher, augmenter les activités comme le bricolage, le jardinage, le ménage, les courses, sortir le chien plus souvent et plus longtemps, prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur, avoir des loisirs actifs tels que la danse, bouger pendant la pause publicitaire à la télévision... Les interventions comportementales améliorent aussi l'efficacité des mesures diététiques: information sur les erreurs alimentaires, conseils pour l'activité physique, apprentissage de bonnes pratiques alimentaires. Les résultats sont cependant peu importants et il ne faut pas donner d'illusions aux patients. Les interventions les plus exigeantes sont aussi celles qui entraînent le plus d'arrêt de participation. Les sollicitations répétées à maigrir peuvent être vécues comme du harcèlement ou de la stigmatisation. (EM)

La rédaction de Prescrire: Obésité, maigrir sans médicaments *Prescrire* 2007 (27) 282: 275-81

Andropause: quand substituer?

L'andropause survient de manière progressive, aléatoire et même facultative. L'abaissement du taux de testostérone avec l'âge peut cependant s'accompagner d'une altération de la qualité de vie. Un traitement suppléatif par testostérone se justifie dans certains cas. **Tout dépistage systématique du déficit biologique de testostérone est déconseillé en l'absence de signes cliniques évocateurs.** Une diminution de la pilosité et du volume testiculaire, une gynécomastie, les troubles sexuels, trop souvent considérés par le patient comme liés à l'âge, doivent faire rechercher un déficit en testostérone. On dosera aussi la testostérone lors d'un bilan d'ostéoporose à l'occasion d'une fracture, d'une anémie modérée ou d'un diabète. Une diminution de la masse et de la force musculaire est un autre signe d'appel d'un éventuel déficit. Un dosage de testostérone totale et de SHBG confirme le déficit, les dosages de FSH, LH et prolactine précisent le diagnostic étiologique. Obésité, alcool, tabac, maladies intercurrentes ou chroniques, et les traitements médicamenteux sont des causes réversibles de ce déficit. Le cancer de la prostate, du sein et une polyglobulie sont des contre-indications formelles à un traitement substitutif par testostérone. L'efficacité du traitement, administré à vie, sera évaluée d'après l'amélioration de la sexualité, de la qualité de vie et de la composition corporelle. Un suivi clinique et biologique (hématocrite, PSA, lipides, testostérone) sera réalisé à 3, 6, 12 mois et puis une fois par an. (EM)

Tostain J: Ménopause et Andropause, 2^e partie: Andropause *La revue du praticien* 2007 (57) 5: 537-42

Metagenics tient à remercier chaleureusement les membres de la SSMG pour l'accueil qui a été réservé à ses représentants venus assister au 19^e congrès qui s'est déroulé en Turquie en avril 2007, mais aussi pour lui avoir permis d'**ébaucher** les concepts thérapeutiques développés par son équipe de chercheurs et cliniciens de Gig Harbor aux USA.

L'intérêt suscité chez bon nombre d'entre vous, l'importance d'une médecine préventive et notre souhait de diffuser nos concepts aux praticiens de première ligne, nous confortent dans notre décision d'être un partenaire fort et fiable de la SSMG.

Cela étant, notre participation à cette semaine de formation à l'étranger nous a aussi permis de prendre conscience des efforts qu'il nous reste à accomplir afin de permettre une meilleure communication de nos concepts et de nos valeurs.

C'est à cette fin que nous proposons de profiter à l'avenir de l'interface que constitue cette revue pour communiquer avec vous et vous exposer, chaque mois, un aspect de notre mission à travers les différents domaines de la nutriginomique. Cette rencontre contribuera aussi à mieux vous exposer notre ligne directrice et les valeurs que nous mettons en œuvre dans notre travail.

Le principal champ de recherche de **Metagenics**, la nutriginomique, est la base de sa mission: promouvoir la santé par une meilleure expression de notre génotype.

Metagenics US est dirigée par son président Jean Bellin, un Belge qui a été formé aux Facultés Universitaires Saint-Louis à Bruxelles et à l'Université Catholique de Louvain. Il possède plus de vingt-cinq années d'expérience dans l'industrie pharmaceutique. Après avoir travaillé pendant douze ans chez Eli Lilly, il travailla, en effet, notamment chez Dupont Pharma en Italie, pour prendre, en 1993, la direction de la division internationale du groupe biopharmaceutique d'UCB en Belgique.

Il y a un an, **Metagenics Europe** reprenait la société belge Biodynamics. C'était alors le début d'une période de transition qui fut notamment marquée par l'arrivée, en août 2006, de Monsieur André Piette, nommé nouveau General Manager de la firme. Soucieux de renforcer la crédibilité scientifique des travaux menés par **Metagenics** et conscient de l'importance d'une meilleure communication avec le monde médical, Monsieur Piette prit en particulier la décision de nommer Jean-Michel Philippart de Foy, licencié en Nutri-

tion Humaine et futur médecin généraliste, à la tête de l'équipe médicale située à Ostende.

L'équipe de recherche de **Metagenics** est quant à elle dirigée par le Docteur Matt Tripp, spécialisé dans la régulation de la signalisation intracellulaire médiées par les kinases, et conseillé par un Comité scientifique composé, notamment, du Professeur Ignaro, qui reçut le Prix Nobel de Médecine en 1998 pour ses recherches sur le NO, et du Professeur Jenkins, connu pour être à la base du concept de l'Index Glycémique.

Ces changements soulignent l'importance que nous accordons à la qualité, l'efficacité et la sécurité des produits offerts à la prescription médicale dans un domaine qui, quoique passionnant, reste encore relativement peu connu: l'impact de notre environnement, nutritionnel notamment, sur notre génotype.

Dès septembre 2007, nous aurons le plaisir de communiquer avec vous chaque mois grâce à la revue de la SSMG. Nous sommes ravis de l'occasion qui nous est ainsi donnée de vous présenter comment nous travaillons et espérons collaborer avec vous, dans la transparence et le respect d'une éthique professionnelle déterminée, à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients.