Cher Abonné,

Cette newsletter gratuite, regroupant l'ensemble des actualités, au sens très large du terme, gravitant autour de la pratique de l'anesthésie, se veut le numéro d'une longue série.
Elle vous est adressé dans le but de partager l'actualité et de tenir informé les professionnels pratiquant l'anesthésie.
Nous vous souhaitons une bonne lecture.

La Rédaction

SOMMAIRE

Médecins et étudiants nettoient-ils leurs instruments ? 3

Emphysème: résultats encourageants pour la chirurgie endoscopique de réduction de volume pulmonaire 4

La mortalité après pose de stent dans la carotide liée à l'expérience et au volume d'activité du médecin 4

La survie à cinq ans après un cancer du poumon a augmenté en 15 ans en France 6

L'hypertension est associée à une modeste augmentation du risque de cancer ou de décès par cancer 6

Appendicectomie et césarienne programmée: la CNAMTS s'interroge sur la pertinence de certaines interventions 7

Traumatisme crânien léger: la S-100B identifie des patients qui ne nécessitent pas de scanner 9

Transfusion sanguine: l'Institut national de la transfusion sanguine prolongé d'un an 10

La Sfar équipe 500 de ses membres d'iPad* pour une expérience de formation, d'évaluation et de communication 11

La laparoscopie est sûre dans la chirurgie du cancer du rectum 12

Réveil plus rapide mais plus d'HTA peropératoires avec le xénon que le desflurane dans l'endartérectomie carotidienne 13

Une démarche professionnelle commune pour la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux en anesthésie et réanimation 14

La douleur est fréquente mais insuffisamment prise en charge aux urgences 15

ALR échoguidée: une majorité d'établissements équipés, mais pas assez d'appareils par site 16

Pas plus de saignements en maintenant le clopidogrel lors d'un pontage coronaire sous acide tranexamique 17

Choc hémorragique: l'utilisation des catécholamines est devenue usuelle malgré l'absence d'études randomisées 17

Neutropénie fébrile en réanimation: un traitement anti-infectieux probabiliste initial inadapté dans 30% des cas 18

Pénuries de médicaments: l'Afssaps va formaliser ses relations avec les anesthésistes-réanimateurs 19

Utilisation des glucocorticoïdes en situation de choc. 20

Fonction publique hospitalière : le tabou du cumul d'activité 24

Se casser la hanche quintuple le risque de mortalité chez les femmes 25

Donneurs d'organe : ils ne regrettent rien (ou presque) 26

Ventilation non invasive : l'Europe et les Etats-Unis 27

Asthme et apnées du sommeil : une association à envisager dans les asthmes difficiles 27

Rétrécissement aortique : un effet bénéfique des IEC et des ARA II ? 28

Comment expliquer la thrombose sur stent malgré les antiagrégants plaquettaires 29

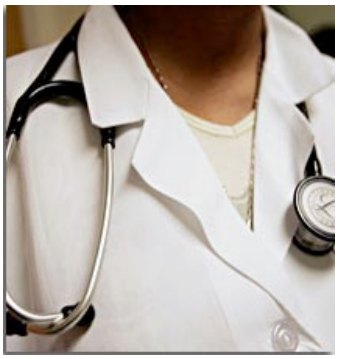
Statines et risque de cancer : un débat difficile à clore 30

Paludisme en Afrique : de nets progrès et un espoir de vaccin 31

Ne déprimez pas, buvez du café Enfin une addiction qui ne serait pas mauvaise pour la santé. 32

Médecins et étudiants nettoient-ils leurs instruments ?

On avait évoqué il y a plusieurs mois sur ce site –et ailleurs- une étude publiée dans un journal d'infectiologie hospitalière qui faisait des stéthoscopes (anglais ?...) de véritables "staphoscopes", tant ils paraissaient contaminés par des bactéries dont il semble inutile de préciser le genre. Une constatation étayée bactériologiquement et qui avait fait réfléchir de nombreux praticiens : leurs stéthoscopes étaient-ils réellement si sales et si c'était le cas étaient-ils vraiment dangereux (une question accessoire à laquelle il paraissait bien difficile d'apporter une réponse documentée).



Qu'en est-il aujourd'hui, les habitudes ont-elles évolué ? Une étude française aborde le sujet à son tour, de deux façons puisqu'à un questionnaire de pratique était ajoutée l'analyse bactériologique des instruments concernés.

-Le questionnaire. Adressé à 51 étudiants en stage dans 34 services d'un CHU, il concernait le sort réservé au matériel médical non critique qu'ils utilisaient. Pour le stéthoscope, 7 seulement déclaraient une désinfection quotidienne ou après chaque patient, 42/51 "régulière" ou "de temps en temps". Quarante pour cent ne désinfectaient jamais leur marteau, 10 % rarement. Personne ne désinfectait systématiquement l'ECG, et plus de la moitié (53 %) même pas après utilisation chez un patient en isolement (90 % des étudiants déclarant ne pas avoir été informés de leur rôle dans l'entretien de l'appareil).

-Les prélèvements. Ils étaient effectués par gélose Countact (AES) sur les membranes des stéthoscopes et sur les claviers, boutons M/A, barrettes et fils des ECG. Des germes ont été trouvés sur tous les stéthoscopes, en quantité variant de 2 à plus de 150 colonies (maximum dénombrable), très majoritairement des staphylocoques à coagulase négative. Mêmes germes pour les ECG, présents sur 96 % des prélèvements ; 2 staphylocoques dorés (sensibles à la méticilline) seulement, sur bouton et barrette de deux appareils.

Que conclure de tout cela ? La fréquence avouée de désinfection des stéthoscopes –portés au cou- parait largement insuffisante (et comparable à celle des aînés) bien que mieux perçue que pour les marteaux ; quant à l'ECG, matériel commun du service, la défaillance est complète, ce qui laisse à penser que l'étudiant qui désinfecte le fait peut-être avant tout··· pour lui. Aucun germe pathogène (et notamment de bacilles Gram négatif) n'a été mis en évidence sur les stéthoscopes, et exceptionnellement sur les ECG ; ce n'est peut-être que par "chance" car de nombreuses études rapportent des taux de staphylocoques dorés bien plus élevés, dépassant parfois 50 %. Les auteurs évoquent l'impact immédiat de sensibilisation généré par cet audit sur les étudiants interrogés, et l'intérêt d'une prise de conscience de manquements certains aux règles de désinfections des matériels médicaux. N'est ce pas là, effectivement, l'occasion de réfléchir quelques instants à nos comportements personnels ?

Dr Jack Breuil

Badrikian L et coll. : Les étudiants en médecine désinfectent-ils leur stéthoscope et l'électrocardiogramme après utilisation? Médecine et maladies infectieuses 2011 ; 41 : 402-3

Publié le 30/09/2011 - http://www.jim.fr/print/e-docs/00/01/F0/C3/document_actu_med.phtml

Emphysème: résultats encourageants pour la chirurgie endoscopique de réduction de volume pulmonaire

AMSTERDAM, 29 septembre 2011 (APM) - L'ablation thermique par administration de vapeur intrabronchique, une technique de chirurgie endoscopique, semble améliorer la fonction pulmonaire des patients atteints d'un emphysème sévère, selon une étude d'Uptake Medical qui a obtenu le marquage CE pour son dispositif médical.

Les résultats de cette étude en ouvert ont été présentés au congrès de l'European Respiratory Society (ERS) qui s'est achevé mercredi à Amsterdam, en même temps que la société californienne annonçait lundi dans un communiqué avoir obtenu le marquage CE pour son dispositif InterVapor*.

Il s'agit du "premier système endoscopique de réduction de volume pulmonaire pour le traitement de l'emphysème sévère qui utilise le processus de cicatrisation naturelle du corps sans y laisser de matériel étranger", affirme Uptake Medical.

Cette technique de réduction de volume pulmonaire consiste à appliquer une énergie thermique sous forme de vapeur d'eau, via un bronchoscope, au niveau des zones emphysémateuses d'un seul poumon. L'intervention dure en moyenne une demi-heure.

La sécurité et l'efficacité de ce dispositif médical ont été évaluées dans le cadre d'une étude multicentrique en ouvert auprès de 44 patients avec un emphysème prédominant dans le lobe supérieur, indiquent le Dr Félix Herth de la Thoraxklinik à Heidelberg (Allemagne) et ses collègues dans le résumé de leur communication orale.

A six mois de suivi, 83% des patients ont atteint le critère principal d'évaluation combiné, association un gain d'au moins 12% du volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) et une baisse d'au moins 4 points sur le questionnaire de la qualité de vie respiratoire de St George.

En moyenne à six mois, le VEMS a augmenté de 141 mL par rapport à la valeur à l'inclusion.

Au total, 29 effets secondaires graves principalement respiratoires sont survenus chez 19 patients et un décès à 67 jours de suivi, rapportent les chercheurs sans plus de précisions dans leur résumé.

N'évoquant pas ce décès, Uptake Medical se félicite du profil bénéfices/risques favorable de son dispositif médical dans le traitement de l'emphysème sévère hétérogène.

ld/ab/APM
redaction@apmnews.com
LDOIT003 29/09/2011 19:37
PNEUMO
©1989-2011 APM International.

La mortalité après pose de stent dans la carotide liée à l'expérience et au volume d'activité du médecin

WASHINGTON, 30 septembre 2011 (APM) - La mortalité à 30 jours après la pose d'un stent dans la carotide est liée à la fois à l'expérience du médecin réalisant l'intervention et à son volume d'activité annuel pour cette procédure, montre une étude américaine.

Le "stenting" de la carotide a augmenté rapidement aux Etats-Unis depuis l'autorisation du premier stent pour cette indication, en raison

de plusieurs avantages comme le caractère minimalement invasif et l'absence d'anesthésie générale. Mais des inquiétudes ont été soulevées sur la sécurité car c'est une intervention nécessitant une technicité, rappellent Brahmajee Nallamothu et ses collègues de l'université d'Ann Arbor (Michigan).

Ils ont utilisé une base de données pour comparer la mortalité à 30 jours de 24.701 patients ayant subi cette intervention et le niveau d'activité des 2.339 médecins qui ont posé les stents. Quatre niveaux d'activité ont été comparés: très bas (moins de six interventions par an), bas (six à 11), moyen (11 à 23) et élevé (24 interventions par an ou plus).

Ils ont également évalué l'expérience en comparant la mortalité selon le fait que le médecin était dans une phase précoce de pratique de cette procédure (d'une à 11 interventions) ou dans une phase plus tardive (12 interventions et plus).

Cette étude a été faite durant la période des débuts du stenting de la carotide, 2005 à 2007. De ce fait, 1.792 médecins (76%) étaient nouveaux dans cette pratique, et le volume médian d'intervention n'était que de trois par an. Seuls 11,6% des médecins faisaient au moins 12 interventions par an.

La mortalité à 30 jours s'est élevée à 2,5% quand le médecin avait un volume de pose de stent très bas, 1,9% pour un volume bas, 1,6% pour un volume moyen et 1,4% pour un volume élevé.

La mortalité à 30 jours s'est élevée à 2,3% pour les médecins qui étaient dans la phase précoce de leur activité contre 1,4% pour ceux qui avaient plus d'expérience.

Commentant ces résultats, les auteurs rappellent que ce n'est pas la première fois qu'on s'intéresse au niveau d'expérience d'un praticien au regard d'une intervention technique. Mais la pose de stent a quelques particularités, notamment le fait qu'elle peut être pratiquée par un cardiologue, un radiologue ou un chirurgien. Ces spécialistes ont des formations de départ différentes et il est difficile de standardiser leur formation à cette intervention. Il sera également difficile de concentrer l'activité sur un nombre restreint d'intervenants.

Les chercheurs restent prudents sur l'utilisation de leur étude pour déterminer les seuils adaptés d'expérience et de volume d'activité et estiment qu'il faut continuer à collecter des données.

Dans un éditorial, Ethan Halm de l'université de Dallas (Texas) fait quelques autres commentaires. Il constate que durant la période de l'étude aux Etats-Unis, un tiers des patients ayant subi l'intervention avaient plus de 80 ans alors qu'on sait qu'ils ont un risque élevé de décès ou accident vasculaire cérébral (AVC) durant la procédure. Et leur espérance de vie plus limitée réduit le bénéfice net de l'intervention.

Il constate aussi que la mortalité observée, même avec des praticiens ayant de l'expérience, était plus élevée que dans les études cliniques (0,7% à 1,1%). Ce surrisque précoce "diminue et peut-être élimine complètement le bénéfice espéré à long terme de la revascularisation", spécialement chez les patients asymptomatiques pour lesquels le bénéfice de la procédure est moindre.

Il souligne également que pour les patients asymptomatiques, le traitement médical a fait des progrès, avec une mortalité faible, et qu'il faudrait le comparer aux stratégies interventionnelles (stent ou endartérectomie).

(Journal of the American Medical Association, 28 septembre, vol.306, n°12, p1338-1343 & p1378-1380)

fb/ab/APM
redaction@apmnews.com
FBOIU003 30/09/2011 17:18 SNC
©1989-2011 APM International.

La survie à cinq ans après un cancer du poumon a augmenté en 15 ans en France

AMSTERDAM, 30 septembre 2011 (APM) - La survie à cinq ans après un cancer du poumon semble s'être allongée entre 1990 et 2004 en France, suggèrent les données de l'hôpital Percy à Clamart (Hauts-de-Seine) présentées au congrès de l'European Respiratory Society (ERS) qui s'est achevé mercredi à Amsterdam.
Les chercheurs ont analysé les données d'une cohorte monocentrique de 1.400 patients atteints d'un cancer du poumon, qui ont été suivis entre le 1er janvier 1990 et le 31 décembre 2009.
Globalement, à partir des données sur la période 1990-2005, il apparaît que la survie est de 56% à un an, de 23% à cinq ans et de 17% à 10 ans et que la survie relative, qui tient compte de la mortalité de la population générale sans cancer du poumon, est de respectivement 57%, 26% et 22%.
L'analyse par stade du cancer et par période montre notamment que la survie relative à cinq ans s'est allongée entre 1990 et 2005.
Pour les patients au stade IV, les chances de survie à cinq ans étaient nulles entre 1990 et 1994 alors qu'elles sont passées à 5% en 2000-04.
Ce sont pour les patients au stade III que l'allongement de la survie à cinq ans apparaît le plus important, passant de 7% en 1990-94 à 26% en 2000-04 pour le stade IIIB et de 8% à 35% pour le stade IIIA.
La survie des patients avec un cancer du poumon de stade II progresse de 37% à 47% et pour le stade I, de 57% à 64%.
Selon les chercheurs, un meilleur diagnostic grâce à la tomographie par émission de positons (TEP) et par imagerie par résonance magnétique (IRM) et de meilleures stratégies médicales expliquent ces résultats qui représentent un espoir pour les patients avec un cancer du poumon de stade III ou IV.
Dans un autre poster, l'équipe de l'hôpital Percy a présenté une analyse épidémiologique des patients vus entre 1990 et 2010, confirmant les tendances nationales, à savoir une hausse des cancers du poumon du type adénocarcinome, chez les femmes et chez les non-fumeurs.

ld/ab/APM
redaction@apmnews.com
LDOIU001 30/09/2011 13:57 CANCER
©1989-2011 APM International.

L'hypertension est associée à une modeste augmentation du risque de cancer ou de décès par cancer

(Par Sylvie LAPOSTOLLE, à l'Ecco)
STOCKHOLM, 29 septembre 2011 (APM) - L'hypertension est associée à une hausse modeste du risque de cancer chez les hommes et du risque de décès par cancer chez les hommes et les femmes, selon une grande étude épidémiologique présentée au congrès européen multidisciplinaire sur le cancer de l'European Cancer Organisation (Ecco) et l'European Society for Medical Oncology (Esmo) qui s'est achevé mardi à Stockholm.
Jusqu'à présent, les données publiées sur un éventuel lien entre hypertension et cancer étaient contradictoires ou provenaient de petites études, a indiqué le Dr Mieke Van Hemelrijck, chercheuse au Cancer Epidemiology Group au King's College de Londres.

La chercheuse a présenté lors d'une session présidentielle des données concernant 289.454 hommes et 288.345 femmes provenant de la cohorte spécifique du syndrome métabolique Me-Can qui rassemble 17 cohortes de Norvège, d'Autriche et en Suède, avec un suivi sur 12 ans. Les données comportaient des mesures répétées de la pression artérielle.

Les scientifiques ont utilisé comme paramètre la moyenne de la pression artérielle (mid-blood pressure) qui équivaut à la somme de la pression systolique et de la pression diastolique divisée par deux.

Ils ont trouvé une augmentation de l'incidence des cancers de 7% par hausse de 10 mmHg de la "mid-blood pressure" chez les hommes. Chez les femmes, l'hypertension n'était pas associée à une hausse de l'incidence des cancers.

Pour les cancers fatals, le risque était augmenté de 12% pour les hommes (cancers de la cavité buccale, du côlon, du poumon, du rein, de la vessie et du mélanome) et de 6% pour les femmes (foie, pancréas, col de l'utérus, mélanome) par tranche de 10 mmHg supplémentaires.

"L'hypertension serait un facteur de risque de cancer pour les hommes et de cancer mortel pour les hommes et les femmes. Le risque absolu est modeste mais comme cela touche de très nombreuses personnes, les conséquences peuvent être importantes", a commenté le Dr Van Hemelrijk.

Néanmoins, cette association pourrait être surtout le reflet d'un mode de vie moins sain.

"C'est en tout cas une raison de plus de contrôler les anomalies métaboliques", a conclu la chercheuse.

Il faudrait peut-être aussi davantage prendre en charge l'hypertension des patients traités pour un cancer, a suggéré le Dr Per Hall de l'Institut Karolinska de Stockholm, discutant de l'implication des données.

sl/ab/APM
redaction@apmnews.com
SLOIT006 29/09/2011 19:35 CANCER CARDIO
©1989-2011 APM International.

Appendicectomie et césarienne programmée: la CNAMTS s'interroge sur la pertinence de certaines interventions

PARIS, 29 septembre 2011 (APM) - Le médecin-conseil national de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le Pr Hubert Allemand, s'est interrogé jeudi sur la pertinence d'un certain nombre d'interventions chirurgicales compte tenu d'une forte hétérogénéité des pratiques observée sur l'appendicectomie et la césarienne programmée.

Lors de son point presse mensuel, la CNAMTS a présenté les résultats d'une étude portant sur les pratiques des établissements de santé publics et privés ainsi que des professionnels de santé s'agissant de ces deux interventions chirurgicales, qui représentent environ 150.000 séjours par an en France.

En 2010, l'appendicectomie était en France le 15ème acte chirurgical pratiqué avec 83.000 interventions (hors péritonites), contre 93.000 en 2006 (-11%), selon la CNAMTS, qui souligne que la baisse de cette intervention est constatée dans l'ensemble des pays de l'OCDE. La baisse s'est concentrée davantage sur le secteur privé (-20%) que dans le public (-3,6%).

Toutefois, la CNAMTS pointe d'importantes variations géographiques, même lorsque les données, issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), sont corrigées de l'âge et du sexe, a observé Hubert Allemand.

Ces données révélent qu'en 2010, certains départements avaient un taux d'intervention supérieur à 18 pour 10.000 habitants (Aveyron, Charente, Hautes-Pyrénées) contre 10 pour 10.000 dans d'autres (Hauts-de-Seine, Moselle, Seine-Saint-Denis).

15.000 INTERVENTIONS EVITABLES

La différence est encore plus marquée chez les personnes de moins de 20 ans, a observé Hubert Allemand, soulignant qu'à part les départements d'outre-mer (DOM), le département ayant le taux le moins élevé de recours à l'appendicectomie était Paris, avec 15,6 interventions pour 10.000 habitants.

"On ne peut pas dire que Paris soit sous-médicalisé pour traiter cette affection. Alors on est étonné de voir que certains départements ont des taux trois fois supérieurs", a commenté Hubert Allemand, citant la Charente (44,3 pour 10.000). Selon la CNAMTS, 32 départements se situent à un taux deux fois supérieur à celui de Paris.

Pour le Pr Allemand, "si le recours à l'appendicectomie chez les moins de 20 ans atteignait le niveau constaté à Paris, on pourrait éviter sans doute 15.000 appendicectomies", chaque année.

Interrogé par l'APM sur le fait de savoir si un certain nombre d'appendicectomies réalisées chaque année le seraient à mauvais escient, Hubert Allemand a répondu par l'affirmative, soulignant toutefois les difficultés de diagnostic pour la crise d'appendicite.

Par ailleurs, l'étude de la CNAMTS a porté sur l'analyse des césariennes programmées effectuées en 2009 au sein de 565 établissements de santé effectuant au moins 100 accouchements par an.

Sur 163.000 césariennes, un tiers étaient programmées (59.500), souligne la CNAMTS, qui note que le taux de césarienne (20,2% en 2009, contre 14% en 1991) progresse régulièrement en France et en Europe.

BEAUCOUP DE CESARIENNES NON PROGRAMMEES DANS LES PETITES MATERNITES

Comme pour l'appendicectomie, la CNAMTS pointe des disparités géographiques importantes par rapport au taux de césariennes programmées observé au niveau national (7,4%). Si 17 départements enregistraient en 2009 un taux inférieur à 7%, 14 atteignaient un taux très supérieur à la moyenne (9,7% pour la Loire, 9,2% pour la Corse et les Yvelines).

La fréquence est également plus importante dans le privé (9,4%) que dans le public (6,6%), et s'avère inversement proportionnelle au niveau de la maternité: les maternités de niveau 3 pratiquent moins de césariennes programmées (6,4%) que les maternités de niveau 2 (7,3%) ou de niveau 1 (8,4%).

L'étude montre également que plus le nombre d'accouchements réalisés par la maternité est faible, plus le taux moyen de césariennes programmées est élevé: les maternités de niveau 1 (environ 700 accouchements par an) oscillaient entre 7,1% (public) et 9,6% (privé) contre 9,2% pour les maternités privées (2.000 accouchements par an) et 6,5% pour les maternités publiques (1.500 accouchements) de niveau 2.

Hubert Allemand a précisé que la hausse du nombre de césariennes pouvait s'expliquer par différents facteurs dont l'augmentation de l'âge ou de l'indice de masse corporelle (IMC) des femmes enceintes, le développement de la prise en charge de la stérilité, voire des raisons non médicales.

Sollicité par l'APM, il a reconnu que l'étude ne permettait pas de neutraliser certains effets comme la

structure de la population de femmes enceintes par département ou par établissement (âge, premier ou deuxième accouchement, etc.).
Toutefois, il considère que l'étude montre qu'il "y a certainement des césariennes [programmées] non justifiées ici ou là et qui exposent manifestement à des risques pour la mère", sans compter les coûts supplémentaires pour l'assurance maladie, dans la mesure où une césarienne revient 20% plus cher qu'un accouchement par voie basse.
Tant sur la césarienne programmée que sur l'appendicectomie, la CNAMTS attend des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) afin "d'aider les professionnels à s'ajuster un peu plus sur des soins appropriés", a expliqué Hubert Allemand.
A l'appui de cette étude, la CNAMTS va poursuivre son action en matière d'information et de formation des professionnels de santé, y compris à travers la diffusion des référentiels de pratiques et la mise en oeuvre d'actions de contrôle, a-t-il souligné.

vg/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com
VGOIT001 29/09/2011 17:18 ACTU GYREP
©1989-2011 APM International.

Traumatisme crânien léger: la S-100B identifie des patients qui ne nécessitent pas de scanner

PARIS, 29 septembre 2011 (APM) - La mesure dans le sang de la protéine S100-B, un marqueur d'atteinte cérébrale, chez les personnes souffrant de traumatisme crânien léger permettrait d'identifier des patients sans risque de complication qui ne nécessitent pas de passer un scanner cérébral, selon une étude française publiée dans les Annals of Emergency Medicine.
Plus de 100.000 personnes chaque année en France sont victimes d'un traumatisme crânien, léger dans 90% des cas. Une minorité des traumatismes crâniens légers sont à l'origine de complications et de ce fait il faut faire un scanner cérébral à ces patients, rappellent Drissa Zongo et ses collègues du CHU de Bordeaux et de l'Inserm.
Le scanner est coûteux et expose les personnes à une irradiation. Un test sanguin pourrait avoir un intérêt pour sélectionner les patients nécessitant cet examen.
Les chercheurs se sont intéressés à la S100-B, protéine exprimée dans le cerveau par les astrocytes, dont la libération est considérée comme un marqueur de lésion cérébrale sévère, mais qui pourrait aussi être intéressant pour détecter des lésions chez les personnes ayant un traumatisme cérébral léger.
Ils ont évalué l'intérêt de sa mesure dans le sang comme marqueur de première ligne pour déterminer quels patients nécessitent ou ne nécessitent pas un scanner. Ils ont conduit cette étude chez 1.560 patients admis aux urgences pour un traumatisme crânien léger, qui ont eu à la fois la mesure de la S100-B et le scanner.
Le scanner a été positif chez 7% des patients. Ceux-ci avaient un taux de S100-B qui s'élevait en moyenne à 0,46 microg/L alors qu'il était en moyenne à 0,22 microg/L chez les patients ayant un scanner négatif.
Les chercheurs bordelais ont calculé qu'avec un seuil de S100-B à 0,12 microg/L, la sensibilité pour identifier les patients qui auront ensuite un scanner positif était de 99,1% et la spécificité de 19,7%.

Avec ce seuil, tous les patients sauf un dont le scanner s'est avéré positif ont été identifiés. Et les chercheurs précisent que le patient qui n'a pas été identifié (qui n'aurait donc pas eu de scanner si la S100-B avait été utilisée comme marqueur de présélection) n'a pas développé de complication.
Avec ce seuil, qui donne la priorité à l'identification de tous les patients nécessitant un scanner, comme la spécificité n'est pas bonne, il y a quand même un grand nombre de patients qui doivent passer un scanner pour avoir finalement un résultat négatif.
En utilisant la S100-B comme présélection, 291 patients (18,7%) auraient pu éviter d'avoir un scanner.
Dans un communiqué de l'Inserm, les chercheurs soulignent qu'un test de mesure de la S100- B coûte environ 15 euros, soit "10 fois moins qu'un scanner". De plus, il n'entraîne pas de retard car les résultats sont obtenus en une heure.
Rappelant que dans leur hôpital, 5% des personnes admises le sont pour un traumatisme crânien, les chercheurs estiment que la réduction du nombre de scanners réalisés permettrait
de réduire les coûts, d'éviter des irradiations et de diminuer la durée d'attente aux urgences, dans la mesure où les patients doivent souvent attendre six heures avant leur scanner.
(Annals of Emergency Medicine, publication en ligne du 26 septembre)

fb/ab/APM
redaction@apmnews.com
FBOIT001 29/09/2011 14:22 SNC
©1989-2011 APM International.

Transfusion sanguine: l'Institut national de la transfusion sanguine prolongé d'un an

PARIS, 28 septembre 2011 (APM) - Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand, a annoncé mercredi qu'il allait prolonger d'une année l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS).
Lors de la discussion sur le projet de loi de renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, le ministre de la santé a été interrogé sur l'avenir de l'INTS, qui a un statut de groupement d'intérêt public (GIP) et dont la convention constitutive expire le samedi 31 décembre.
L'avenir de l'INTS fait l'objet d'un débat depuis plusieurs années. Certains, comme l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) ou la Cour des comptes, souhaitent sa fusion avec l'Etablissement français du sang (EFS), tandis que d'autres veulent garder deux instances indépendantes pour le prélèvement d'une part, et le contrôle d'autre part des produits sanguins, rappelle-t-on.
Le ministre de la santé a indiqué qu'il n'avait "pas aujourd'hui de vision suffisante sur tout ça" pour pouvoir trancher. Il a ajouté que le comité de préfiguration mis en place sur ce sujet n'avait "pas suffisamment avancé pour qu'on y voit clair".
"Je peux m'engager à prolonger pour un an le GIP INTS de façon à ne pas être lié par un calendrier et avec des garanties qui aujourd'hui semblent insuffisantes pour certains", a déclaré Xavier Bertrand, qui ne veut pas "se précipite[r]".
Cette période d'un an devra permettra "de bien approfondir les choses et de ne pas prendre de décision hâtive", a ajouté le ministre.
A l'origine de cette question, le député Bernard Debré (UMP, Paris) a défendu la

nécessité de maintenir l'INTS, créé en 1994, comme structure indépendante de l'EFS.
"Cela permet d'assurer définitivement la séparation entre le prélèvement et l'évaluation [des produits sanguins] et évite qu'on revive le même drame que le sang contaminé", a déclaré Bernard Debré.
Sur la même position que Bernard Debré, Jean Mallot (PS, Allier) a salué "le progrès" réalisé avec la création de "trois entités distinctes à la suite du drame du sang contaminé: l'Agence française du sang [devenue EFS] chargée de la collecte et de la distribution des produits sanguins labiles, le Laboratoire du fractionnement et des biotechnologies (LFB) pour les produits non labiles et l'INTS qui contrôle et sert de référence".
"Cet équilibre est un bon équilibre. Le détruire, c'est prendre un risque", a dit Jean Mallot.

co/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com
COOIS003 28/09/2011 19:01 ACTU
©1989-2011 APM International.

La Sfar équipe 500 de ses membres d'iPad* pour une expérience de formation, d'évaluation et de communication

PARIS, 27 septembre 2011 (APM) - La Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) a lancé une vaste expérimentation à l'occasion de son congrès national qui s'est tenu la semaine dernière à Paris, en distribuant 500 tablettes tactiles numériques iPad* à ses membres, dans un but de formation, d'évaluation et de communication interprofessionnelle.
Cette opération menée par une société savante constitue une première mondiale, a indiqué à l'APM le Pr Alexandre Mignon (hôpital Cochin, AP-HP, Paris), président du comité d'organisation du congrès, lors d'un point presse organisé vendredi sur place, où plus de 7.000 professionnels étaient attendus.
"L'iPad* est utile pour la vie de tous les jours: au bloc, en consultation, en salle de réveil", a souligné le Pr Mignon. La société savante a donc instauré cette année une application iPad* spécifique pour la Sfar permettant de faire vivre le congrès toute l'année, selon le slogan "Sfar quatre jours, Sfar toujours". En outre, deux symposiums du congrès ont été animés sur iPad* de manière interactive.
A côté de cela, 500 iPad* acquis par la Sfar, au prix du marché (entre 500 euros et 800 euros selon le modèle, soit un investissement d'au moins 250.000 euros, ndlr) ont été remis à l'occasion du congrès à des membres actifs de la société savante, sélectionnés pour participer à une expérience communautaire afin de répondre dans l'année à venir à des enquêtes, recevoir des informations et des "pushs d'informations" (flux d'informations en temps réel), participer à la vie de la société savante et à sa communication, explique la Sfar.
Les 500 sélectionnés sont liés par un contrat "très strict", "avec des droits et devoirs suffisamment larges pour que des nouveautés" soient intégrées, a expliqué à l'APM le Pr Dan Benhamou, vice-président de la Sfar.
L'un des objectifs notamment est de permettre la "communication montante", de la base vers la tête de la Sfar.
Ceci serait utile par exemple pour les alertes de rupture de stocks de médicaments, qui doivent remonter de la base et permettre à la société savante d'échanger avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) sur les besoins des praticiens, dans le cadre de la formalisation des échanges avec les praticiens visant à répondre à leurs difficultés concernant l'approvisionnement en

médicaments essentiels, annoncée début septembre par l'Afssaps (cf APM CMOI2004).
Le cadre de l'expérimentation globale est à peu près défini et son contenu va évoluer avec le temps, a souligné le Pr Benhamou. Les iPad* sont cédés pour trois ans. A l'issue de l'évaluation de la phase d'expérimentation, "nous verrons si nous achèterons un nouveau parc", a-t-il indiqué.
Des indicateurs d'évaluation permettront de mesurer la rentabilité de l'investissement pour la discipline, pour l'efficacité du soin, etc., a-t-il ajouté.
Par exemple, sera mesuré le taux de réponse aux questionnaires d'emblée et l'évolution de ces taux dans le temps, ou encore le taux de communication montante, leur fréquence, leur nature et les sujets abordés. "En fonction de cela, il y aura des modifications d'actions ou de nouvelles actions seront choisies". Il y aura également des indicateurs techniques, comme le
taux de connexion.
L'opération a été montée en partenariat avec Apple, Cisco et Econocom, a précisé le Pr Mignon.

UN JEU EN LIGNE EN 3D POUR AIDER A SAUVER DES VIES

Par ailleurs, une expérience de simulation 3D en ligne appliquée à la santé a été lancée à l'occasion du congrès, avec le soutien scientifique de la Sfar, pour apprendre à pratiquer les premiers secours en cas d'arrêt cardiaque, destinée au grand public et aux professionnels de santé.
Développée par Dassault Systèmes et le laboratoire universitaire d'enseignement basé sur les technologies numériques et de simulation Ilumens, l'expérience 3D, baptisée "Staying Alive", est disponible sur le site www.stayingalive.fr
Il s'agit d"'apprendre aux gens à se servir des défibrillateurs mis en place dans les lieux publics", a expliqué le Pr Mignon -qui est également directeur du projet Ilumens-, lors du point presse de la Sfar. Le jeu comporte plusieurs scénarios et la possibilité de répéter les bons gestes autant de fois qu'on le souhaite. Il utilise le défibrillateur HeartStart* (HS1) de Philips Healthcare.
"Ces applications virtuelles 3D réalistes vont plus loin que les 'serious games'. Tout le monde peut apprendre par la pratique, et ainsi, mieux retenir les informations", déclare le Pr Mignon dans un communiqué commun de Dassault Systèmes et Ilumens.
"'Staying Alive' est la première initiative médicale du genre. Son objectif est de bénéficier d'une formation optimale en exécutant autant de fois que possible les bons gestes, avant de les pratiquer sur un vrai patient. Ce projet, basé sur une expérience réaliste, permet à tous de connaître les réflexes à adopter après avoir appelé les premiers secours", ajoute-t-il.
Cette expérience est la première d'une série de sessions interactives à venir, baptisée Medusims* (pour Medical Education Simulation).
Gratuite pour le grand public, un synopsis de l'expérience sera envoyé dans les écoles, à la journée citoyenne (journée d'appel de préparation de défense), inséré dans les nouveaux permis de conduire, etc., a évoqué le Pr Mignon.

cd/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com
CDOIR002 27/09/2011 19:11 ACTU
©1989-2011 APM International.

La laparoscopie est sûre dans la chirurgie du cancer du rectum

(Par Sylvie LAPOSTOLLE, à l'Ecco)

STOCKHOLM, 27 septembre 2011 (APM) - La

chirurgie par laparoscopie est sûre pour l'excision totale du mésorectum, montre une étude comparative avec la chirurgie en ouvert présentée lundi au congrès européen multidisciplinaire sur le cancer organisé par l'European Cancer Organisation (Ecco) et l'European Society for Medical Oncology (Esmo) à Stockholm.

Beaucoup d'équipes de chirurgie se sont mises à la laparoscopie (coelioscopie) pour l'excision totale du mésorectum dans le traitement curatif du cancer du rectum, du fait des avantages offerts par cette chirurgie moins invasive pour le patient et en termes de précision pour le chirurgien.

Le Pr Jaap Bonjer d'Amsterdam a rapporté en session présidentielle les résultats à court terme de l'étude COLOR II qui a comparé les deux voies d'abord afin de s'assurer que les résultats n'étaient pas moins bons pour la coelioscopie.

L'essai de non-infériorité a inclus 1.103 patients dans huit pays dont 739 ont été opérés par coelioscopie et 364 par chirurgie ouverte. Ils avaient un carcinome non invasif de stade T1 à T3.

L'intervention coelioscopique a pris plus de temps (240 min contre 188 min en moyenne) mais les pertes sanguines étaient moindres (200 mL versus 400).

La récupération postopératoire était plus rapide avec la coelioscopie avec une reprise du transit en 2,9 jours contre 3,7 jours pour la chirurgie ouverte. La durée d'hospitalisation était moins longue (11,9 jours contre 12,1).

La douleur était moindre aussi avec la coelioscopie. Une fuite de l'anastomose est intervenue chez 7% et 6% des patients.

La morbidité était semblable entre les deux voies d'abord (39,5% vs 36,5%), de même que la mortalité (1,1% vs 1,7%). Le taux de conversion a atteint 17%.

Les marges circonférentielles n'étaient pas différentes (1,3 cm dans les deux groupes), de même que les marges distales (3,6 cm). Cependant, les marges proximales étaient différentes (17 et 19 cm). Le nombre de ganglions prélevés était le même (13 et 14).

En termes de positivité des marges, les résultats étaient identiques globalement (9%, 10%), mais avec une différence pour le bas rectum (9% vs 21%).

Ce taux plus élevé pour la chirurgie en ouvert a été pointé par le Dr Peter Naredi de l'université d'Umea (Suède) dans son commentaire car il signifie un risque plus important de récidive locale.

sl/so/APM
redaction@apmnews.com
SOOIR003 27/09/2011 10:58 CANCER
©1989-2011 APM International.

Réveil plus rapide mais plus d'HTA peropératoires avec le xénon que le desflurane dans l'endartérectomie carotidienne

PARIS, 26 septembre 2011 (APM) - Le xénon (Lenoxe*, Air Liquide) a été associé à un réveil plus rapide des patients subissant une endartérectomie carotidienne, par rapport au desflurane, mais aussi à un plus grand risque d'hypertension artérielle peropératoire, dans une étude française présentée la semaine dernière au congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) à Paris.

Le xénon, lancé en mars 2008 en France, a été présenté comme ayant un meilleur profil hémodynamique que les autres gaz anesthésiques et ne s'accumulant pas dans l'organisme, rappelle-t-on. Les études ont été menées chez des patients à haut risque cardiovasculaire et en comparaison au propofol et au sévoflurane, rappellent Nathalie Soumagne et ses collègues du CHU de Poitiers.

Ils ont quant à eux comparé le xénon et le desflurane, le plus récent des gaz halogénés, auprès de 50 patients programmés pour une chirurgie de revascularisation carotidienne sous anesthésie générale. L'induction était réalisée par propofol et rémifentanil dans les deux groupes, et l'entretien de l'anesthésie par le xénon ou le desflurane, associés au rémifentanil intraveineux à objectif de concentration (Aivoc), de manière randomisée.

Il y a eu significativement moins d'épisodes d'hypotension artérielle dans le groupe xénon que dans le groupe desflurane (six contre 25) et de recours aux amines vasopressives (cinq contre 25).

La profondeur de l'anesthésie générale était comparable dans les deux groupes, au prix d'une quantité de rémifentanil significativement supérieure dans le groupe xénon par rapport au groupe desflurane (0,15 µg/kg/min contre 0,10 µg/kg/min).

En outre, le groupe xénon a eu un recours plus important aux thérapies anti-hypertensives que le groupe desflurane en peropératoire (sept patients contre un).

Mais le délai de réveil a été significativement plus court dans le groupe xénon, atteignant 4,5 min contre 8,6 min.

Pendant la période postopératoire, aucune différence n'a été notée entre les deux groupes concernant le recours aux anti-hypertenseurs, les modifications de troponine T et la satisfaction des patients.

cd/ab/APM
redaction@apmnews.com
CDOIQ002 26/09/2011 18:59 SNC
©1989-2011 APM International.

Une démarche professionnelle commune pour la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux en anesthésie et réanimation

PARIS, 26 septembre 2011 (APM) - Anesthésistes, réanimateurs, ingénieurs biomédicaux et industriels ont entamé une démarche commune de formation visant à améliorer la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux, a-t-on appris vendredi au cours d'un point presse organisé dans le cadre du congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) à Paris.

La sécurité constitue le leitmotiv de la spécialité d'anesthésie-réanimation depuis de nombreuses années. Elle se décline au niveau du patient et au niveau des machines, a rappelé le Dr Jean-Louis Bourgain (Institut Gustave Roussy, Villejuif, Val-de-Marne) lors du point presse.

Dans ce second cas, la sécurité implique que le matériel fonctionne correctement, avec maintenance, check-list et autotest, que les utilisateurs en connaissent le fonctionnement et sachent adapter les réglages au contexte clinique, que la surveillance alarmée soit effective et que les innovations soient présentées aux cliniques dans leurs aspects théoriques et pratiques, a-t-il souligné.

"En pratique, ce n'est pas forcément le cas", note-t-il, et il est également difficile pour les industriels de réaliser des formations au quotidien dans les services. "Il faut intégrer une démarche de sécurité dans la tête des anesthésistes-réanimateurs, pour que ce risque soit pris en compte au quotidien", a-t-il indiqué.

La Sfar, la Société de réanimation de langue française (SRLF), le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem) et l'Association française des ingénieurs biomédicaux (Afib) ont donc décidé de travailler ensemble afin "d'assurer une meilleure formation à l'utilisation des technologies innovantes disponibles".

Il s'agit d'une part, de réaliser une formation des utilisateurs, suivie d'une évaluation, d'autre part, de responsabiliser à l'utilisation du matériel, en mettant en place un "référent matériel" qui sera un clinicien.
Le travail en cours concerne la ventilation artificielle car "c'est là que les incidents sont les plus fréquents et les conséquences les plus graves", a fait observer le Dr Bourgain.
Un socle de connaissances réalisé par des cliniciens et ingénieurs médicaux va être élaboré, pour les formations organisées par les industriels, et donner lieu à un fascicule diffusé par internet, à destination des médecins des différentes spécialités et des soignants en charge de ventiler mécaniquement les patients.
Il sera complété par un programme d'e-learning, sous forme de questionnaire à choix multiple, visant à évaluer la maîtrise des connaissances. Si l'évaluation est insuffisante, le questionnaire sera renvoyé au bout de quelques semaines.
Le référent matériel, quant à lui, aura non seulement un rôle de formateur lors de l'achat de matériel avec les industriels, pour les nouveaux arrivants, ainsi que lors de l'évolution des techniques, mais sera également "organisateur de la politique de sécurité du service et vecteur de la culture de sécurité".
Ce travail commun, débuté il y a un an, devrait aboutir aux premières formations "à l'hiver
2012", a précisé le Dr Bourgain. Le socle de connaissance est quasiment finalisé, l'e-learning en cours d'élaboration et des recommandations sont prévues courant 2012, a-t-il ajouté.
Après les respirateurs, les professionnels se pencheront sur les pousse-seringue, utilisés en réanimation, en anesthésie et aux urgences. "Il s'agit d'un projet complètement différent. Il faudra réfléchir à quelle stratégie de sécurité appliquer", a signalé le Dr Bourgain.
Petit à petit, l'ensemble des dispositifs médicaux seront concernés par cette démarche, espère-t-il.

cd/ab/APM
redaction@apmnews.com
CDOIQ001 26/09/2011 16:22 SNC ACTU
©1989-2011 APM International.

La douleur est fréquente mais insuffisamment prise en charge aux urgences

PARIS, 23 septembre 2011 (APM) - La douleur est un motif fréquent de consultation aux urgences mais y est insuffisamment prise en charge et avec des délais relativement longs, montre une étude française présentée jeudi au congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) à Paris.
L'étude PALIERS, réalisée début 2010, a inclus tous les patients se présentant dans 11 services d'urgence pendant 48 heures consécutives, avec une évaluation de la douleur effectuée chez les patients douloureux. Ces résultats sont également publiés en ligne dans les Annales françaises de médecine d'urgence.
Sur 1.352 patients inclus, 76% présentaient une douleur à l'admission, dont près de la moitié (45%) une douleur sévère et 36% une douleur modérée, rapportent E. Boccard du laboratoire Bristol-Myers Squibb et ses collègues dans le résumé de leur communication. La douleur était le motif de consultation pour 64% des patients douloureux.
Un traitement antalgique n'a été administré qu'à 38% des patients douloureux à l'arrivée, le plus souvent de

palier I. Ce traitement était administré en médiane une heure après l'arrivée des patients avec douleur modérée ou sévère, et 70 minutes après l'arrivée pour les patients avec douleur légère.
Un geste diagnostique/ thérapeutique était réalisé chez 84% des patients.
Mais près de la moitié des patients ayant une douleur modérée à sévère à l'admission présentaient encore une telle douleur à la sortie. La douleur était en outre présente à la sortie des urgences chez 47% de la totalité des patients et 51% de ceux qui n'étaient pas hospitalisés.
"La prise en charge médicale de la douleur demeure insuffisante, avec un faible taux de prescription d'antalgiques et un délai d'administration des traitements antalgiques relativement long. De plus, on observe un soulagement insuffisant à la sortie des urgences", résument les auteurs.
Ils estiment que des efforts très importants de sensibilisation et de formation de tout le personnel soignant sont indispensables pour améliorer la prise en charge de la douleur en situation d'urgence.
(Annales française de médecine d'urgence, publication en ligne avancée)

cd/ab/APM
redaction@apmnews.com
CDOIN002 23/09/2011 18:21 SNC
©1989-2011 APM International.

ALR échoguidée: une majorité d'établissements équipés, mais pas assez d'appareils par site

PARIS, 23 septembre 2011 (APM) - Une majorité d'établissements sont équipés pour pratiquer l'anesthésie locorégionale (ALR) échoguidée mais le nombre d'appareils par site est souvent insuffisant, concluent les auteurs d'une étude française présentée jeudi au congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) à Paris.
L'utilisation de l'échographie en ALR connaît un essor important en France depuis 2005, rappellent Sébastien Bloc du centre hospitalier privé Claude Galien à Quincy-sous-Sénart (Essonne) et ses collègues, dans le résumé de leur communication. Il s'agit d'un des thèmes phares du congrès de la Sfar cette année et la formation à cette technique d'imagerie pour les anesthésistes-réanimateurs commence à s'organiser, rappelle-t-on (cf APM CDOIF002).
Le niveau d'équipement et d'utilisation reste toutefois inconnu en France. Les chercheurs ont donc réalisé une enquête entre novembre 2010 et mars 2011 auprès de 47 établissements publics et 50 privés, pratiquant la chirurgie orthopédique.
Sur l'ensemble des établissements, 81,4% étaient équipés, à savoir 72% des centres privés, 96% des CHU et 86% des centres hospitaliers (CH). Le premier appareil avait été acquis en 2008-2009 dans près des deux tiers des cas, dès 2006-2007 dans 22% des cas.
Dans 19% des cas, l'échographe était partagé avec un autre service.
Moins d'une salle d'orthopédie sur deux était équipée (0,47), ce taux d'équipement ne variant pas beaucoup selon le type d'établissement: 0,5 dans les centres privés, 0,38 dans les CHU et 0,54 dans les CH.
L'ALR était pratiquée dans une salle dévolue dans seulement 15% des cas, et seulement 25% des établissements réalisaient plus de 50% des actes en salle destinée à l'échographie (21% des CHU et 27% des CH).
"Bien que le nombre d'établissements équipés en échographie soit acceptable, le nombre

d'appareils par site reste bien souvent insuffisant", concluent les auteurs, qui soulignent que "l'utilisation d'une salle dédiée à l'échographie est une pratique qui reste confidentielle".

cd/cb/APM polsan
redaction@apmnews.com
CDOIM007 23/09/2011 10:42 SNC
©1989-2011 APM International.

Pas plus de saignements en maintenant le clopidogrel lors d'un pontage coronaire sous acide tranexamique

PARIS, 22 septembre 2011 (APM) - Le maintien du clopidogrel et de l'aspirine lors de pontages coronaires n'augmente pas le risque de saignements postopératoires par rapport à l'aspirine seule, lorsque l'intervention est réalisée sous acide tranexamique, montre une étude française présentée jeudi au congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) à Paris.

Le maintien de l'aspirine lors de pontages coronaires n'affecte pas les saignements postopératoires, mais alors que la bithérapie par anti-agrégants plaquettaires constitue le traitement de choix du syndrome coronaire aigu, la poursuite du clopidogrel reste controversée, surtout depuis le retrait de l'antifibrinolytique aprotinine, soulignent M. Garnier du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris (AP-HP) et ses collègues dans le résumé de leur communication orale.

Ils ont comparé les saignements postopératoires sous aspirine seule et sous aspirine + clopidogrel maintenus jusqu'au jour de la chirurgie, chez 150 patients recevant un pontage coronaire programmé mené sous l'antifibrinolytique acide tranexamique.

Après ajustement, le risque de saignement postopératoire à 24 heures n'était pas significativement augmenté lorsque le clopidogrel était maintenu (680 mL contre 558 mL).

Cela a été obtenu toutefois au prix d'une transfusion plaquettaire plus importante (28% contre 3%).

La fonction plaquettaire, évaluée par le test VASP, était significativement corrélée au risque de saignement postopératoire.

cd/co/APM
redaction@apmnews.com
CDOIL002 22/09/2011 09:00
CARDIO
©1989-2011 APM International.

Choc hémorragique: l'utilisation des catécholamines est devenue usuelle malgré l'absence d'études randomisées

PARIS, 22 septembre 2011 (APM) - Le recours aux catécholamines dans la prise en charge du choc septique est devenu très répandu et déclenché à des seuils de remplissage vasculaire plus bas qu'auparavant, malgré l'absence de données cliniques validées, selon une enquête française présentée jeudi au congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) à Paris.

L'introduction précoce de vasoconstricteurs, pour rétablir la pression artérielle moyenne, a montré un intérêt pronostique dans la réanimation du choc hémorragique, dans des travaux expérimentaux, mais

aucune étude clinique randomisée n'a été réalisée à ce jour, rappellent Lahcene Foudi et ses collègues du SAMU 77 au centre hospitalier de Melun, dans le résumé de leur communication orale.

Ils ont étudié l'évolution de la pratique en termes de recours aux catécholamines entre 2001 et 2010, par le biais de deux enquêtes réalisées auprès de 231 services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) tirés au sort, en dehors des Smur d'outre-mer, saisonniers et pédiatriques.

Au total, 95% des Smur contactés ont été inclus dans l'étude.

L'objectif d'une restauration d'une pression artérielle moyenne à 60 mmHg était cité par 75% des médecins sur les deux périodes, tandis que 25% citaient un objectif à 80 mmHg.

Mais alors qu'en 2001, le recours aux catécholamines était déclaré systématique uniquement lorsque l'objectif de pression artérielle moyenne n'était pas atteint après un remplissage vasculaire moyen de 1.500 mL, en 2010 le recours aux catécholamines était systématique après seulement 700 mL de remplissage vasculaire.

La noradrénaline est devenue la catécholamine la plus utilisée (3% en 2001 contre 85% en 2010), tandis que la dopamine a été quasiment abandonnée.

Concernant les solutés de remplissage, les cristalloïdes ont été de plus en plus utilisés (3% en 2001 contre 38% en 2010), mais les hydroxy-éthyl-amidons restaient les plus fréquemment utilisés, notent les auteurs.

"Malgré l'absence de données cliniques validées, l'usage des catécholamines dans la prise en charge d'un choc hémorragique semble être devenu usuel pour les médecins urgentistes dès lors qu'un remplissage vasculaire modéré ne permet pas d'atteindre l'objectif cible de pression artérielle moyenne. Les futures études cliniques randomisées sur ce sujet devront considérer le risque de refus des médecins de modifier leurs pratiques", concluent-ils.

cd/co/APM
redaction@apmnews.com
CDOIL003 22/09/2011 09:24 ACTU
©1989-2011 APM International.

Neutropénie fébrile en réanimation: un traitement anti-infectieux probabiliste initial inadapté dans 30% des cas

PARIS, 22 septembre 2011 (APM) - Le traitement anti-infectieux probabiliste des patients présentant une neutropénie fébrile admis en réanimation est inadapté dans 30% des cas, avec une surmortalité observée dans ces cas, selon une étude réalisée dans deux centres français et présentée jeudi au congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) à Paris.

Le traitement anti-infectieux probabiliste des patients présentant un épisode neutropénique fébrile et nécessitant une admission en réanimation n'a jamais été évalué, soulignent G. Slehofer-Lheriau de l'hôpital Nord à Marseille (AP-HM) et ses collègues dans le résumé de leur communication orale.

Or la mortalité de ces patients en réanimation est élevée, de l'ordre de 30%. Les chercheurs ont donc voulu décrire les patients neutropéniques fébriles admis en réanimation, leur prise en charge, l'adéquation des traitements anti-infectieux et leur impact sur la mortalité. Leur étude a porté sur 118 patients neutropéniques fébriles admis entre janvier 2008 et mai 2010.

Dans 64% des cas, l'infection a été documentée. Le traitement initial était adapté chez 53 patients (70%).

Le traitement antibiotique empirique initial comprenait une bêta-lactamine anti-pseudomonas seule chez 27 patients, une bithérapie avec un aminoside ou une fluoroquinolone chez 39 patients, une association avec la vancomycine ou le linézolide chez 27 patients et une association bêta-lactamine, aminoside/fluoroquinolone et vancomycine/linézolide chez 25 patients. Un antifongique était adjoint initialement chez 36 patients.
La mortalité globale en réanimation a été de 31%. Elle a été de 19% chez les patients sans documentation de l'infection. Chez les autres, elle a atteint 32% lorsque le traitement initial était adapté et 52% lorsqu'il était inadapté, un chiffre significativement plus élevé que la moyenne.
Chez les 23 patients recevant un traitement inadapté, les germes retrouvés étaient quatre Stenotrophomonas, cinq Pseudomonas, cinq staphylocoques coagulase négative résistants à la méticilline, quatre entérocoques, cinq Candida, un Pneumocystis, un Fusarium, trois Aspergillus et quatre virus.
"Cette étude est la première à évaluer le traitement anti-infectieux probabiliste initial dans une population de patients neutropéniques fébriles en réanimation. On observe une mortalité significativement plus élevée chez les patients ayant une infection documentée et qui reçoivent un traitement initial inadapté", concluent les auteurs.

cd/co/APM
redaction@apmnews.com
CDOIM001 22/09/2011 11:39 IP
©1989-2011 APM International.

Pénuries de médicaments: l'Afssaps va formaliser ses relations avec les anesthésistes- réanimateurs

SAINT-DENIS (Seine-Saint-Denis), 2 septembre 2011 (APM) - L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a annoncé jeudi soir qu'elle avait proposé jeudi lors d'une réunion avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) de formaliser ses échanges avec les praticiens afin de répondre à leurs difficultés concernant l'approvisionnement en médicaments essentiels.
Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand, avait demandé le 19 août à Dominique Maraninchi, directeur général de l'Afssaps, d'organiser une réunion en vue de répondre aux préoccupations de la profession concernant cette question (cf APM CMOHJ004).
La Sfar, rejointe par l'association Le Lien, avait appelé la semaine dernière Xavier Bertrand et Dominique Maraninchi à "mettre en place des mécanismes de régulation qui permettent au niveau national, voire international, d'éviter des ruptures de stocks risquant de conduire à un recul de la qualité des soins et à une augmentation de leurs coûts", rappelle-t-on (cf APM LDOHI002).
A la suite de cette réunion, l'Afssaps a indiqué dans un communiqué que l'agence avait proposé à la Sfar de formaliser des échanges "réguliers" avec les praticiens afin de "mieux identifier leurs besoins" (molécules, indications, présentations et volumes).
Cette formalisation a pour objectif de permettre aux laboratoires d'y répondre "par une offre ciblée, y compris lorsque ces besoins concernent un nombre restreint de patients", a précisé l'agence.
Cette dernière a ainsi proposé à la Sfar la création d'un "comité d'interface" avec les professionnels, ajoutant que dans un deuxième temps, elle avait l'intention de "solliciter" les industriels concernés et d'organiser un suivi régulier de la situation avec l'organisation.

Ce suivi portera sur "l'analyse des problèmes persistants, pressentis, et les solutions apportées tout en facilitant la diffusion de l'information à l'ensemble des acteurs de la chaîne des soins", a poursuivi l'Afssaps.
L'agence a ensuite listé les médicaments qui ont été évoqués lors de la réunion, publiant pour chacun d'entre eux une fiche détaillée.
Ont ainsi été abordés les cas des anesthésiques thiopental (Pentothal*, Hospira, cf APM CMOHM002) et propofol (Diprivan* et spécialités similaires, AstraZeneca), du relaxant musculaire succinylcholine ou suxaméthonium (Celocurine*, Pfizer et spécialités similaires), de l'antivasodilatateur phényléphrine (Neosynéphrine AP-HP*), et de l'anesthésique local lidocaïne adrénalinée (Xylocaïne-Adrénaline*, AstraZeneca; et Lidocaïne Aguettant*).
L'agence a insisté sur le fait que les difficultés rencontrées sur ces produits, "qu'elles soient transitoires ou définitives", résultaient de "difficultés de production ou de décisions d'arrêts de commercialisation émanant des fabricants et non de défaillances du circuit de distribution".
Enfin, l'Afssaps a souligné dans son texte que la question des ruptures d'approvisionnement était "une préoccupation permanente" depuis plusieurs années, et qu'en cas de tension ou de rupture sur un médicament indispensable, elle recherchait des solutions adaptées à chaque
cas.
Elle a également pointé qu'elle agissait notamment en "sensibilisant" les laboratoires sur la nécessité d'un approvisionnement continu et "l'intérêt d'une information anticipée".
L'agence a enfin mis en avant qu'elle était en mesure d'identifier, "presque systématiquement des solutions alternatives permettant d'éviter ou de minimiser les conséquences des pénuries annoncées".

SATISFACTION DE LA SFAR

Dans une interview téléphonique à l'APM, Laurent Jouffroy, président de la Sfar, a fait part de sa satisfaction "tant sur la forme que sur le fonds" après cette réunion.
Le responsable s'est félicité de l'accueil réservé à la Sfar par le directeur général de l'agence sanitaire et son équipe, mais également de la proposition de l'Afssaps de créer un comité d'interface.
Laurent Jouffroy a ainsi souligné que ce comité, qui permettra à la Sfar de disposer d'un interlocuteur unique au sein de l'Afssaps, permettra d'améliorer la communication avec les professionnels, dans les deux sens.
Il a ainsi noté que les messages de l'agence sur la disponibilité des produits seraient mieux acheminés vers les professionnels en étant relayés par la Sfar, via son site internet et la liste de diffusion électronique réservée à ses adhérents.
La Sfar revendique actuellement entre 3.500 et 4.000 adhérents, soit la moitié des professionnels de cette spécialité en France, a-t-il précisé à l'APM.
En retour, ce comité permettra à l'Afssaps d'obtenir plus d'information du terrain, a-t-il pointé.

cm/ab/APM
redaction@apmnews.com
CMOI2004 02/09/2011 17:07 VIP SNC
©1989-2011 APM International.

Utilisation des glucocorticoïdes en situation de choc.

A Roquilly, Pierre Joachim Mahé, K Asehnoune

CHU de Nantes
Service d'anesthésie réanimation
Hôpital Hôtel-Dieu
1 place Alexis Ricordeau
44093 Nantes Cedex 1
Email : karim.asehnoune@chu-nantes.fr

Question 1 :Quel est le rationnel à l'utilisation des glucocorticoïdes en situation de choc ?

Les mécanismes d'adaptation de l'organisme doivent lui permettre de faire face à une grande diversité de stress tel qu'un traumatisme, un sepsis ou une chirurgie lourde. L'axe corticotrope joue un rôle essentiel dans cette réponse à l'agression. En effet, le rythme nycthéméral de sécrétion du cortisol est aboli et il existe un hypercorticisme initial qui constitue un mécanisme essentiel d'adaptation aux situations de choc (1). Le cortisol active la néoglucogenèse et la lipolyse, induit une résistance à l'insuline dont le but est d'élever la glycémie pour favoriser l'apport de substrats aux organes nobles (2). Le cortisol joue également un rôle important de régulation hémodynamique. Il sensibilise les récepteurs périphériques des amines vaso-actives (2) et abaisse le seuil d'extraction maximal d'oxygène du sang, ce qui favorise l'oxygénation tissulaire même en cas de bas débit sanguin. L'ensemble de ces phénomènes a pour but d'augmenter la perfusion des organes et d'accélérer la cicatrisation tissulaire en cas de choc traumatique. En réanimation, le pic initial de cortisolémie est corrélé à la gravité des lésions. Paradoxalement, chez les patients les plus graves, une cortisolémie basse est aussi un critère prédictif d'évolution défavorable. Selon les pathologies, 25 à 65 % des patients développent une insuffisance surrénalienne. Cette insuffisance surrénalienne est à la fois d'origine haute et basse et son étiologie n'est pas connue. L'hydrocortisone joue un rôle essentiel dans le maintien d'une pression artérielle adéquate en permettant une rétention hydro-sodée avec augmentation de la volémie, augmentation des résistances vasculaires systémiques, stimulation du système rénine-angiotensine et du système nerveux sympathique.

1. Annane D, Cavaillon JM. Corticosteroids in sepsis: from bench to bedside? Shock. 2003 Sep;20(3): 197-207.

2. Hoen S, Mazoit JX, Asehnoune K, Brailly-Tabard S, Benhamou D, Moine P, et al. Hydrocortisone increases the sensitivity to alpha1-adrenoceptor stimulation in humans following hemorrhagic shock. Crit Care Med. 2005 Dec;33(12):2737-43.

Question 2 : Comment évaluer l'axe corticotrope, quelle est la définition d'une insuffisance surrénalienne en réanimation ?

En réanimation, une cortisolémie basale inférieure à 3 µg/dl définit une insuffisance surrénale absolue. L'évaluation de la fonction surrénalienne chez des patients de réanimation se fait actuellement par un test standard au Synacthène® (250 µg IVD d'ACTH et cortisolémie à T0 et T30 minutes) (1). La perte du rythme nycthéméral permet la réalisation de ce test sans les contraintes horaires usuelles. La plupart des études publiées définissent une insuffisance surrénalienne relative (ISR) par une cortisolémie de base inférieure à 10 µg/dl ou par une augmentation inférieure à 9 µg/dl lors du test au Synacthène® (2, 3). Une altération de la réponse à l'ACTH signifie que les glandes surrénales ne peuvent plus s'adapter à un stress important. Le test dynamique à la métopyrone est contre indiqué en réanimation puisqu'il entraîne une insuffisance surrénale absolue en inhibant la 11 β-hydroxylase.

1. Annane D, Sebille V, Troche G, Raphael JC, Gajdos P, Bellissant E. A 3-level prognostic classification in septic shock based on cortisol levels and cortisol response to corticotropin. Jama. 2000 Feb 23;283(8): 1038-45.

2. Annane D, Sebille V, Charpentier C, Bollaert PE, Francois B, Korach JM, et al. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. Jama. 2002 Aug 21;288(7): 862-71.

3. Hoen S, Asehnoune K, Brailly-Tabard S, Mazoit JX, Benhamou D, Moine P, et al. Cortisol response to corticotropin stimulation in trauma patients: influence of hemorrhagic shock. Anesthesiology. 2002 Oct;97(4): 807-13.

Question 3 : Quelles sont les limites de l'exploration endocrinienne en réanimation et interactions médicamenteuses ?

De nombreux médicaments peuvent perturber les résultats des tests. L'etomidate inhibe la synthèse de cortisol. Une injection unique est responsable d'une insuffisance surrénale relative pendant une durée de 8 à 24 heures (1). Un test au Synacthène® n'a donc une signification que s'il est réalisé au minimum 8 heures, au mieux 12 heures après une injection d'etomidate. L'utilisation de dopamine diminue la sécrétion et la fonction anté-hypophysaire dans son ensemble, ce qui peut fausser le test au Synacthène®. L'utilisation de dopamine est donc à prendre en compte pour l'interprétation des dosages.

1. Vinclair M, Broux C, Faure P, Brun J, Genty C, Jacquot C, et al. Duration of adrenal inhibition following a single dose of etomidate in critically ill patients. Intensive Care Med. 2008 Apr;34(4):714-9.

Question 4 :Quelles sont les indications des glucocorticoïdes dans le choc septique ?

· Rationnel d'utilisation

Dans le cadre du choc septique, les patients dits « répondeurs » au test au Synacthène® élèvent leur cortisolémie de plus 9 µg/dl alors que les patients « non répondeurs » en sont incapables. Le pronostic des patients « non répondeurs » est moins bon que celui des patients « répondeurs » (1). En 2002, un autre travail a montré, chez des patients en choc septique réfractaire au traitement initial, qu'un traitement par hydrocortisone à dose « physiologique » associé à un minéralocorticoïde (fludrocortisone) permettait de baisser la mortalité de 63 % à 53 % (RR 0,67, IC95% [0,47-0,95]) et de sevrer plus précocement les amines vaso-actives (2). En 2008, l'étude CORTICUS ne parvient pas à retrouver les mêmes résultats puisque cette fois la mortalité n'est pas modifiée par le traitement (39 % versus 36 %, p=0,69) (3). Trois remarques importantes expliquent que CORTICUS n'ait pas validée les résultats obtenus précédemment :

1. l'inclusion de l'ensemble des patients prévus initialement n'a pas été réalisée du fait du résultat d'une analyse intermédiaire ;
2. la mortalité du groupe contrôle est plus faible que dans l'étude initiale (63 % versus 39 %) ce qui traduit l'inclusion de patients moins graves que dans l'étude princeps ;
3. le délai d'inclusion des patients était de 72 heures versus 8 heures pour l'étude princeps ce qui a amené à inclure des patients avec des défaillances d'organes déjà installées (3).

· Quelle dose et quelle durée ?

Les glucocorticoïdes sont utilisés dans les états septiques à des doses variables. Schématiquement, 2 grands schémas d'administration sont décrits :

1. de fortes doses, de dérivés méthylés (methylprednisolone ou dexamethasone) pendant un court laps de temps ;
2. de faibles doses d'hydrocortisone administrées pendant 5 à 7 jours.

Une méta-analyse récente clôt le débat en montrant que les études publiées depuis 1998 retrouvent de manière constante une diminution de la mortalité à court terme chez les patients traités par de faibles doses de glucocorticoïdes pendant plusieurs jours (4).

· En pratique

Il n'y a actuellement pas d'indication à l'utilisation des GC à forte dose pour une courte durée chez les patients présentant un sepsis sévère. Il est actuellement recommandé que les patients non répondeurs à un test au Synacthène® et en choc septique réfractaire bénéficient du traitement par hydrocortisone à la dose de 200 à 300 mg/j en bolus ou en perfusion continue pendant 5 à 7 jours. Il est légitime d'entreprendre le traitement dès le test au Synacthène® pratiqué et sans en attendre le résultat.

1. Annane D, Sebille V, Troche G, Raphael JC, Gajdos P, Bellissant E. A 3-level prognostic classification in septic shock based on cortisol levels and cortisol

response to corticotropin. Jama. 2000 Feb 23;283(8): 1038-45.
2. Annane D, Sebille V, Charpentier C, Bollaert PE, Francois B, Korach JM, et al. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. Jama. 2002 Aug 21;288(7): 862-71.
3. Sprung CL, Annane D, Keh D, Moreno R, Singer M, Freivogel K, et al. Hydrocortisone therapy for patients with septic shock. N Engl J Med. 2008 Jan 10;358(2): 111-24.
4. Annane D, Bellissant E, Bollaert PE, Briegel J, Confalonieri M, De Gaudio R, et al. Corticosteroids in the treatment of severe sepsis and septic shock in adults: a systematic review. Jama. 2009 Jun 10;301(22):2362-75.

Question 5 : Existe-t-il d'autres indications des glucocorticoïdes dans les situations de choc en dehors du choc anaphylactique ?

· Choc hémorragique et traumatique

Une insuffisance surrénalienne a été régulièrement mise en évidence au cours du choc traumatiqueavec ou sans traumatisme crânien, dans le même temps une augmentation des besoins en drogues vasopressives était observée (1, 2). Enfin, une amélioration de la réponse pressive était mise en évidence chez des patients polytraumatisés en choc hémorragique à qui l'on administrait de l'hydrocortisone (2). Ces arguments plaident en faveur d'une administration précoce d'hydrocortisone chez les patients polytraumatisés et atteints d'une ISR. Une étudefrançaise prospective, multicentrique, en double aveugle, contre placebo(étude Hypolyte) a montréque l'hydrocortisone diminue l'incidence des pneumopathies nosocomiales, la durée de ventilation mécanique et la durée de séjour en réanimation chez les polytraumatisés avec ISR (3).Dans ce travail, l'hydrocortisone semblait particulièrement intéressante dans le sous-groupe des patients traumatisés crâniens. Une étude multicentrique randomisée contre placebo est en cours pour préciser la place de l'hydrocortisone à la phase initiale d'un traumatisme crânien grave (étude CORTI-TC, grand prix SFAR 2009).

· Chirurgie cardiaque sous CEC

Dans une étude randomisée récente, de faibles doses d'hydrocortisone (100 mg d'hydrocortisone puis 10 mg/h pendant 24 heures) avaient un effet favorable sur la durée du support catécholergique et sur la durée de séjour en réanimation. Le traitement entraînait également moins d'épisodes de fibrillation auriculaire dans le groupe traitement par rapport au groupe contrôle (4). Les données de cette étude sont positives alors que les études antérieures ayant utilisé de plus fortes doses de glucocorticoïdes étaient soient négatives soient en défaveur du traitement par glucocorticoïdes. L'utilisation de glucocorticoïdes en chirurgie cardiaque chez des patients à risque est possible à la condition d'utiliser de faibles doses (dose "opothérapique"). Une méta-analyse récente confirme les effets bénéfiques des glucocorticoïdes sur la durée de ventilation mécanique et sur le risque de survenue de fibrillation auriculaire (5). Dans l'attente de données complémentaires, il n'est donc actuellement pas recommandé d'administrer systématiquement des glucocorticoïdes chez des patients bénéficiant d'une chirurgie cardiaque sous CEC.

1 Hoen S, Asehnoune K, Brailly-Tabard S, Mazoit JX, Benhamou D, Moine P, et al. Cortisol response to corticotropin stimulation in trauma patients: influence of hemorrhagic shock. Anesthesiology. 2002 Oct;97(4): 807-13.
2. Hoen S, Mazoit JX, Asehnoune K, Brailly-Tabard S, Benhamou D, Moine P, et al. Hydrocortisone increases the sensitivity to alpha1-adrenoceptor stimulation in humans following hemorrhagic shock. Crit Care Med. 2005 Dec;33(12):2737-43.
3. Roquilly A, Mahe PJ,Seguin P, Guitton C, Floch H, Tellier AC et al. Hydrocortisone therapy for patients with multiple trauma: the randomized controlled HYPOLYTE study.JAMA. 2011 Mar 23;305(12):1201-9
4. Weis F, Beiras-Fernandez A, Schelling G, Briegel J, Lang P, Hauer D, et al. Stress doses of hydrocortisone in high-risk patients undergoing cardiac surgery: effects on interleukin-6 to interleukin-10 ratio and early outcome. Crit Care Med. 2009 May;37(5):1685-90
5 Ho KM, Tan JA. Benefits and risks of corticosteroid prophylaxis in adult cardiac surgery: a dose-response meta-analysis. Circulation. 2009 Apr 14;119(14):1853-66.

Mis en ligne le 30 Septembre 2011 - http://www.sfar.org/accueil/print_article.php?id_article=815

Fonction publique hospitalière : le tabou du cumul d'activité

Dans un rapport rendu public cette semaine, l'inspection générale des affaires sociales s'attaque à un phénomène connu de tous mais que peu évoquent ouvertement : le cumul d'activité des soignants, qui associent temps plein hospitalier et "extras" dans les établissements voisins.

Selon les estimations de l'inspection générale des affaires sociales, au cours de l'année 2008, parmi les 359 484 agents titulaires de métiers soignants ou médico-techniques, 24 547 ont été multi-actifs.

Des disparités importantes :

Le "cumulard" est principalement un homme jeune, soignant au sein d'un établissement de grande taille. Trois régions concentrent la moitié des pluriactifs : l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte- d'Azur et Rhône-Alpes.

Les infirmiers anesthésistes sont les plus nombreux à cumuler plusieurs activités.

Près de 80 % des "pluriactifs" sont considérés en situation irrégulière, soit parce qu'ils exercent un emploi annexe en tant que salarié à temps partiel ou à temps plein ou parce qu'ils sont salariés auprès de sociétés d'intérim.

La mission estime en outre qu'au moins 30 % des multi-actifs cumulent un grand nombre d'heures voire deux temps plein tout ou partie de l'année.

Une "attitude plutôt bienveillante" des employeurs

S'il est bien réel, le phénomène du cumul d'activité ne semble pas inquiéter outre mesure les établissements de soins. Face à des difficultés de recrutement et de fidélisation, ils semblent en effet enclins à fermer les yeux sur ces pratiques.

D'autant que la majorité des responsables d'établissements interrogés considèrent que le cumul "ne crée pas de difficulté d'organisation ou n'influe pas significativement sur la qualité des soins."

Attention toutefois : Lorsque le cumul est avéré, la procédure disciplinaire peut conduire à la révocation et donc à la perte du statut, même si l'IGAS constate la "quasi impossibilité pour un directeur d'établissement de faire la preuve du cumul d'emplois."

Ainsi , L'AP-HP, pourtant potentiellement largement touchée par ce problème, n'a instruit que 8 cas en 9 ans, parmi lesquels seulement 2 IDE. Dans la plupart des cas, la sanction est toutefois la révocation directe de la fonction publique.

L'interim en ligne de mire

Pour les auteurs du rapport, les société d'intérim portent une large responsabilité dans cet état de fait : "Les entreprises de travail temporaire dans le domaine de la santé ont recours aux agents publics mais ne le reconnaissent pas facilement". Avant de conclure : "L'intérim en santé constitue une source de cumul illégal d'activités non négligeable."

Et l'IGAS de proposer deux mesures : Obliger les entreprises de travail temporaire à se porter garantes de la situation des fonctionnaires qu'elles recrutent et n'autoriser l'intérim qu'après deux années de diplôme infirmier, à l'instar de l'exercice libéral.

La première proposition de pose guère de problèmes aux sociétés interrogées : Pour Jérick Develle, Directeur général d'Adecco Medical, "il est toujours utile de rappeler la règle. Nous faisons signer

des documents très clairs aux intérimaires."
Même son de cloche chez les concurrents : "On n'a pas attendu ce rapport pour respecter scrupuleusement les règles de non-cumul" soutient Stéphane Volleau, responsable marketing et commercial de l'Appel Médical.
L'idée de réserver l'intérim aux professionnels ayant plus de deux ans de diplôme est en revanche mal accueillie. "On est perplexes" affirme Stéphane Volleau. "Cette proposition est totalement déconnectée du reste du rapport" constate-t-il, avant d'ajouter : "Les intérimaires, comme les autres, sont diplômés par l'Etat au même titre que les autres."
"C'est une erreur forte d'analyse" renchérit Jérick Develle, pour qui l'intérim permet "de se confronter au monde hospitalier et de compléter son apprentissage avant d'éventuellement se fixer"
"Le rôle de l'intérim dans le cumul est de toutes façons un épiphénomène", ajoute-t-il, considérant que la majorité des "pluriactifs" établissent "des contrats de gré à gré."
Le cumul légal est-il possible ?
Si la législation s'est assouplie ces dernières années, les conditions de cumul d'activité légal restent limitées. Et pour cause : Le principe d'interdiction du cumul d'activités reste la règle.

Thomas Duvernoy
Adresse de l'article: http://www.actusoins.com/9248/fonction-publique-hospitaliere-le- tabou-du-cumul-dactivite.html

Se casser la hanche quintuple le risque de mortalité chez les femmes

Les femmes qui se fracturent la hanche entre 65 et 69 ans ont cinq fois plus de risque de mourir dans l'année qui suit que leurs semblables, en raison entre autres des complications post-opératoires, révèle une étude américaine publiée lundi.
Ce risque double pour les femmes âgées de 70 à 79 ans et triple pour les femmes de plus de 80 ans, explique cette étude financée par l'Institut national américain de la Santé et publiée dans les Archives de la médecine interne.
"Cette étude est un appel à la vigilance sur l'année qui suit une fracture de la hanche chez les femmes âgées, et en particulier celles de 65 à 69 ans qui sont confrontées à un risque de mort bien plus élevée que leurs semblables", a expliqué Erin LeBlanc, l'auteur principal de cette étude.
Il y a environ 1,6 million de fractures de la hanche par an, dont 51% en Europe et en Amérique. Environ la moitié des femmes de plus de 50 ans qui se fracturent un os souffrent d'ostéoporose, selon la Fondation nationale américaine contre l'ostéoporose.
Fracture du col du fémur

Cette étude financée par l'Institut national de la Santé a porté sur près de 10.000 femmes enrolées entre 1986 et 1988 dans quatre villes américaines pour une étude sur l'ostéoporose.
Au cours des vingt dernières années, 1.116 femmes du groupe se sont cassé la hanche. En fonction de leur âge, les données les concernant ont été comparées à celles de 4.464 autres femmes qui ne s'étaient pas

cassé la hanche.
"Parmi celles qui s'étaient cassé la hanche et qui sont mortes dans l'année, plus de la moitié sont mortes dans les trois mois après la fracture et près de trois quart dans les six mois", ont précisé les chercheurs.
Ces chiffres montrent le rôle clé que joue la fracture de la hanche dans la détérioration générale de la santé d'une femme, a expliqué une des co-auteurs de cette recherche.
"Nous avons également réalisé que les trois premiers mois suivant une fracture de la hanche était les plus dangereux, ce qui nous laisse penser que les opérations et l'hospitalisation entraînent des complications qui en fin de compte mènent à la mort", ajoutent les chercheurs.

AFP

Adresse de l'article: http://www.actusoins.com/9217/se-casser-la-hanche-quintuple-le- risque-de-mortalite-chez-les-femmes.html

Donneurs d'organe : ils ne regrettent rien (ou presque)

Paris, le vendredi 30 septembre 2011 – En 2010, la quasi-totalité de l'augmentation du nombre de greffes de reins par rapport à l'année 2009 semble avoir été liée à une part plus importante des donneurs vivants. En effet, l'année dernière, 63 transplantations rénales supplémentaires ont pu être réalisées par rapport à 2009. Or, le nombre de greffes réalisées grâce à des donneurs vivants a progressé de 58 unités passant de 223 à 281. Il s'agit d'une évolution très importante dans notre pays longtemps marqué par une forte réticence en matière de greffe à partir de donneur vivant (cette pratique avait connu une stagnation entre 2007 et 2009). Cependant, on le sait, la France est encore loin de connaître des résultats semblables à ceux observés dans d'autres pays comme les Etats-Unis où l'Espagne où le donneur vivant est souvent privilégié.

Geste d'amitié

Pour dynamiser cette activité en France, l'Agence de biomédecine peut compter sur la publication des décrets d'application de la nouvelle loi de bioéthique qui a entériné la possibilité de réaliser des dons d'organe croisés et permet à des amis proches de se porter candidats au don. Cependant, ces textes se font encore attendre et on le sait, le secrétaire d'Etat à la Santé n'avait pas caché sa réticence face à l'élargissement du cercle des donneurs aux simples amis.

Douleurs résiduelles pour 26 % des donneurs… mais un enthousiasme a toute épreuve

Mais au-delà de ces dispositions législatives, l'Agence de biomédecine présente aujourd'hui un argument sans doute plus convaincant encore en faveur du don d'organe à partir de sujets vivants : l'enthousiasme de ceux qui ont franchi le pas. L'Agence présente en effet aujourd'hui les résultats d'une enquête menée auprès de 501 donneurs qui révèle que 90 % assurent entretenir aujourd'hui avec le greffé des relations « bonnes, excellentes et même parfois meilleures qu'avant la greffe », tandis que 98 % affirment qu'ils le referaient. Par ailleurs, l'enquête menée en collaboration par l'Agence et le CHU de Nancy souligne que l'état de santé des personnes prélevées est souvent bon, bien que 26 % d'entre eux évoquent des douleurs résiduelles.

Pas d'interrogations lancinantes sur le donneur

Cette enquête rappelle par ailleurs que dans la majorité des cas les donneurs sont des femmes (61 %) et qu'il s'agit le plus souvent (36 %) d'un parent donnant un rein à son enfant. Dans le Parisien, l'une de ces mères ayant fait don d'un de ses reins témoigne. Les confidences de cette femme de 60 ans et de son fils mettent en lumière plusieurs effets bénéfiques de la greffe à partir d'un donneur vivant familial, et notamment la perspective

d'une meilleure compatibilité qui permet de limiter les traitements anti rejet. Concernant par ailleurs l'aspect psychologique, le jeune François-Xavier âgé de 30 ans aujourd'hui remarque : « Par rapport à d'autres greffés que j'ai pu rencontrer, je ne me suis jamais posé de questions existentielles graves. J'ai connu des greffés traumatisés : ils se demandaient qu'elle avait été la vie de leur donneur avant, ou bien si eux méritaient de vivre alors que l'autre était mort ». Seul bémol dans ce témoignage : le regret de la mère de François-Xavier de n'avoir pas bénéficié d'un accompagnement post opératoire aussi complet que celui réservé aux donneurs dans certains pays étrangers.

AH
http://www.jim.fr/e-docs/00/01/F0/C1/document_actu_pro.phtml

Ventilation non invasive : l'Europe et les Etats-Unis

Un symposium a traité des différences dans la mise en œuvre de la ventilation non invasive (VNI) entre l'Europe et les Etats Unis (USA).
Le premier orateur, D. Hess, du Massachusset General Hospital, remarque que l'utilisation de la VNI était très variable en fonction des hôpitaux aux USA. Ceci est en rapport, non pas avec un recrutement différent, mais avec le manque d'expérience des soignants. Cela concerne certes certains médecins, mais également les « Respiratory Therapists ». Ces spécialistes paramédicaux sont très impliqués dans la mise en route d'une ventilation, invasive ou non, et dans le sevrage. Leur rôle diffère sensiblement de celui des physiothérapeutes ou kinésithérapeutes européens. Une absence de matériel adéquat (masques, machines) constitue une autre barrière à la mise en route d'une VNI. Les indications principales en phase aiguë outre Atlantique sont les décompensations de BPCO et les œdèmes pulmonaires cardiogéniques. L'interface utilisée est majoritairement le masque nasal ou orofacial.
De son côté, M. Chatwin, du Brompton Hospital de Londres, a rappelé les indications de la VNI au long cours : les insuffisances respiratoires avec hypercapnie résultant d'une déformation thoracique, d'une maladie neuromusculaire ou d'un syndrome obésité – hypoventilation. Cette dernière indication est en constante progression. Concernant l'utilisation chez le patient BPCO stable, les bénéfices sont discutés : la VNI réduit le risque de réadmission pour exacerbation, améliore la gazométrie artérielle et la qualité du sommeil, mais diminuerait la qualité de vie globale sans prolonger la survie. Trois études randomisées européennes sur ce sujet sont en cours, dont les résultats sont attendus pour l'année prochaine. L'Europe est également inhomogène quant à l'utilisation de la VNI, pour les mêmes raisons que les Etats Unis. La tendance globale va toutefois vers une augmentation du recours à cette technique, perçue comme efficace dans bien des situations.

Dr Béatrice Jourdain
Hess D : Noninvasive ventilation in the USA.
Chatwin M : Noninvasive ventilation in Europe.
Session 60 : Symposium : Mechanical ventilation : the American versus the European approach. European Respiratory Society (ERS) Annual Congress (Amsterdam) : 24-28 septembre 2011.
http://www.jim.fr/en_direct/congres/e-docs/00/01/F0/6C/document_actu_con.phtml

Asthme et apnées du sommeil : une association à envisager dans les asthmes difficiles

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) peut être associé à l'asthme. C'est une pathologie qu'il faut rechercher devant un asthme difficile à traiter. C'est ce que souligne une étude menée en Turquie sur 47 patients asthmatiques non contrôlés par un traitement bien conduit avec de hautes doses de corticoïdes inhalés associés à un bêta-mimétique de longue durée d'action. Les participants à ce travail (38 femmes et 9 hommes) étaient âgés en moyenne de 48,74 ± 9,45 ans et étaient asthmatiques depuis 9,17 ± 6,5 ans. La moitié des patients (51,1%) étaient atopiques, 27,7 % avaient une hypersensibilité aux analgésiques et 29,8 % étaient des anciens fumeurs.
Une polysomnographie a été réalisée sur une nuit entière chez tous les participants. Un SAOS a été diagnostiqué chez 35 patients (soit 74 % d'entre eux). Le SAOS était léger chez 11 patients, et modéré à sévère, chez 24.

Le SAOS était considéré comme léger lorsque l'index d'apnée-hypopnée (nombre de périodes d'apnée ou d'hypopnée par heure de sommeil) était compris entre 5 et 15, et modéré à sévère, s'il était supérieur à 15.
La qualité de vie était altérée chez tous les patients et tout particulièrement chez ceux présentant un SAOS. L'existence d'un SAOS n'était corrélée statistiquement à aucune des caractéristiques de l'asthme en dehors de la plus grande ancienneté de l'asthme chez les patients présentant un SAOS.

Même si ce travail ne concerne qu'un nombre retreint de patients, il permet de souligner l'importance des facteurs associés dans les asthmes non contrôlés par un traitement adéquat. Avant de modifier le traitement de l'asthme et de poursuivre l'escalade thérapeutique, la recherche de facteurs de déséquilibres de la maladie est indispensable. L'obésité, la présence d'un reflux gastro-oesophagien, d'une pathologie ORL sont des facteurs associés classiques. Le SAOS est une autre co-morbidité à envisager. Des études épidémiologiques de grande envergure sont cependant nécessaires pour apprécier de façon plus fine l'association entre asthme et SAOS.

Dr Geneviève Démonet
Firat Guven S et al. : Prevalence of obstructive sleep apnea in patients with difficult-to-treat asthma. European Respiratory Society (ERS) Annual Congress (Amsterdam) : 24-28 septembre 2011.
http://www.jim.fr/en_direct/congres/e-docs/00/01/F0/3D/document_actu_con.phtml

Rétrécissement aortique : un effet bénéfique des IEC et des ARA II ?

Le rétrécissement aortique (RA) est une pathologie valvulaire très fréquente. Elle toucherait de 2 à 4 % des sujets de plus de 65 ans. Son évolution est longtemps silencieuse, mais une fois devenue symptomatique son pronostic devient assez sombre.
Il a été bien montré que le système rénine angiotensine est activé au stade initial du RA.

Des modèles animaux du RA ont d'ailleurs permis de montrer que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) pouvaient faire régresser l'hypertrophie ventriculaire gauche et ralentir la progression de l'insuffisance cardiaque. Des données cliniques récentes sont également prometteuses.

Reste que le RA demeure une précaution d'emploi des IEC et des ARA II.

Une équipe britannique s'est penchée sur le sujet en analysant de manière rétrospective les données de quelque 2 000 patients porteurs d'un RA et suivis entre 1993 et 2008 (âge moyen à l'inclusion : 73 +/- 12 ans ; 46 % d'hommes ; n : 2 117). Un tiers des patients ont été traités par IEC ou ARA II (patients ayant bénéficié d'au moins deux prescriptions d'IEC ou ARA II au cours du suivi ; n : 699).

Il a été enregistré 1 087 décès toutes causes confondues (51 %) et 1 018 événements cardiovasculaires (48 %) au cours du suivi moyen de 4,2 ans. Cependant, la mortalité toutes confondues a été significativement moindre chez les patients traités par IEC ou ARA II (hazard ratio ajusté [HR] : 0,76 ; intervalle de confiance à 95 % [IC] : 0,62-0,92 ; p < 0,0001).

De même, les événements cardiovasculaires ont été significativement moins fréquents chez les sujets traités (HR : 0,77 ; IC : 0,65-0,92 ; p < 0,0001). Les résultats semblent identiques chez les patients porteurs d'un RA non sévère comme chez ceux porteurs d'un RA sévère (critères de la BSE).

Cette étude, non prospective et non randomisée soulignons-le, suggère un effet bénéfique des IEC et ARA II sur la morbimortalité des patients porteurs d'un RA, et ce quel que soit le stade. Compte tenu de la méthodologie rétrospective utilisée, les biais potentiels sont nombreux.

Il s'avère cependant que les patients traités par IEC ou ARA II avaient des comorbidités plus fréquentes telles que le diabète, les dysfonctions ventriculaires gauches ou encore les antécédents d'événements cardiovasculaires. Autant de situations augmentant théoriquement le risque de morbimortalité. Rien n'est donc démontré avec certitude, loin de là.

Les auteurs en appellent donc à la réalisation d'études prospectives de bonne méthodologie.

Dr Olivier Meillard

Nadir MA et coll. : Impact of renin-angiotensin system blockade therapy on outcome in aortic stenosis. J Am Coll Cardiol 2011
http://www.jim.fr/en_direct/actualites/e-docs/00/01/EF/E1/document_actu_med.phtml

Comment expliquer la thrombose sur stent malgré les antiagrégants plaquettaires

La survenue d'une thrombose au niveau d'un stent coronarien grève considérablement le pronostic fonctionnel et vital, justifiant l'étude des mécanismes physiopathogéniques sous-jacents. EL Grove et coll. ont déjà publié une étude cas-témoins (Wurtz M, Grove EL et al. JACC Cardiovasc.Interv., 2010 ; 3 : 828-835) qui analysait l'efficacité pharmacologique in vitro de l'aspirine pour des malades ayant présenté une thrombose de stent par

comparaison à un groupe témoin de patients coronariens également porteurs d'un stent mais sans complications thrombotiques à ce niveau. Les résultats montraient qu'en cas d'antécédent de thrombose de stent l'efficacité réduite de l'aspirine estimée par des tests d'agrégométrie en sang total était diminuée. Des constatations analogues concernant cette fois-ci à la fois l'aspirine et le clopidogrel viennent d'être rapportés par une autre équipe (Bouman HJ et al. : J Thromb Haemost., 2011 ; 9 : 909-916).

Dans cette nouvelle étude EL Grove et coll. ont fait l'hypothèse que les patients ayant présenté une thrombose de stent avaient un turn-over plaquettaire augmenté, ce qui entraînait la libération de plaquettes circulantes immatures dites réticulées possédant un fort potentiel hémostatique et non touchées par l'aspirine ou le métabolite actif du clopidogrel dont les demi-vies sont relativement courtes. La quantification de ces plaquettes nouvellement formées, servant de marqueur pour estimer le turn-over plaquettaire peut être réalisée au niveau des automates par fluorescence. Des études antérieures ont ainsi examiné le pourcentage de plaquettes immatures ou IPF dans diverses pathologies vasculaires. Néanmoins les auteurs de ce travail ont déjà mentionné le fait qu'il valait mieux prendre en compte la valeur absolue des plaquettes immatures ou IPC, mieux corrélée à l'agrégation plaquettaire résiduelle ou au marqueur d'activation plaquettaire qu'est le taux de P-sélectine plasmatique (Grove E L et al. J Thromb.Haemost 2011 ; 9 : 185-191.).

Dans cette étude cas-témoins, les auteurs rapportent donc un IPC significativement plus élevé chez les patients avec antécédents de thrombose de stent (n=26) par rapport aux témoins (n=78) appariés pour l'âge, le sexe, le type de stent et l'indication cardiologique (p=0,009, Mann-Whitney test). Cette différence restait significative après réajustement par rapport à la consommation de tabac, le traitement par les inhibiteurs de la pompe à protons, l'existence d'un pontage aortocoronarien ou l'existence d'un diabète (p=0,05). En outre, au cours du traitement par aspirine, la valeur de l'IPC était mieux corrélée aux données des tests d'agrégométrie en sang total que l'IPF.

Ainsi, il paraît justifié d'estimer le turn–over plaquettaire en particulier au cours des maladies vasculaires ou des états préthrombotiques puisque une augmentation de celui-ci pourrait être un des mécanismes responsables de la diminution d'efficacité des traitements antiagrégants plaquettaires.

Dr Sylvia Bellucci

Grove EL et coll. : Increased platelet turnover in patients with previous definite stent thrombosis. J Thromb Haemost., 2011; 9: 1418-1419.
http://www.jim.fr/en_direct/actualites/e-docs/00/01/EF/FF/document_actu_med.phtml

Statines et risque de cancer : un débat difficile à clore

Les statines ont constitué une avancée majeure dans le traitement des dyslipidémies et la prévention secondaire, voire primaire, des événements cardiovasculaires.

Le débat sur le possible risque majoré de cancers sous statine reste non tranché depuis plus de dix ans.

Le sujet a été récemment alimenté par deux études aux résultats opposés (l'étude SEAS et

la méta analyse des études SHARP et IMPRVOVE-IT).

Sont publiés ici les résultats de l'analyse rétrospective d'une cohorte de plus de 11 millions d'américains suivis en moyenne pendant 8 ans entre 1990 et 2009.

Différents tests statistiques ont été réalisés sur la base d'une population de près de 91 000 sujets appariés deux à deux et constituant ainsi 45 857 paires.

Il apparaît que l'incidence des cancers chez les sujets traités par statine a été de 11,37 % contre 11,11 % chez les sujets témoins ne recevant pas de statine.

Les analyses par test de régression multivariée de Cox avec appariement retrouvent un hazard ratio non significatif (1,04 ; intervalle de confiance à 95 % : 0,99-1,09).

De même, les courbes de Kaplan-Meier ne retrouvent pas de différence entre les sujets traités par statine et les témoins non traités sur l'incidence des cancers à 10 ans.

Les résultats de cette analyse semblent robustes. Les auteurs signalent cependant que le fait de n'avoir retenu que 91 000 dossiers d'une base de données en comptant près de 11 millions ne permet pas d'écarter avec une certitude absolue le risque de biais.

Reste maintenant aussi à comparer les statines entre elles, à étudier l'influence éventuelle de la durée du traitement ou celle du niveau de LDL-cholestérol obtenu…etc

Le sujet n'est pas clos !

Dr Olivier Meillard

Marelli C et coll. : Statins and risk of cancer. A retrospective cohort analysis of 45 857 matched pairs from an electronic medical records database of 11 million adult Americans.
J Am Coll Cardiol 2011; 58:530-7
http://www.jim.fr/e-docs/00/01/F0/29/document_actu_med.phtml

Paludisme en Afrique : de nets progrès et un espoir de vaccin

Dix années d'efforts portent leurs fruits dans la lutte contre le paludisme. Celle-ci fait depuis 2001 partie intégrante des Objectifs du millénaire pour le développement. Le rapport du partenariat international Roll Back Malaria (RBM) détaille des progrès significatifs : le nombre de décès dus au paludisme dans le monde a baissé de 38 % durant cette période, du fait, notamment, d'une réduction du nombre de cas d'au moins 50 % dans 43 pays, dont 11 africains (1,1 millions de vies sauvées en Afrique sub-saharienne où surviennent 90 % des décès).

Trois pays (Maroc, Turkménistan, Emirats arabes unis) ont même éradiqué la maladie, et l'OMS vise l'éradication dans la zone Europe et l'objectif zéro décès pour 2015. Ces objectifs ne pourront être atteints que si la stratégie adoptée ces dernières années est poursuivie et son financement assuré : les sommes annuelles consacrées à cette maladie sont passées de quelques centaines de millions de dollars en 2003 à 1,5 milliard de dollars (915 millions d'euros) en 2010. Les grandes puissances émergentes telles que le Brésil, l'Inde, la Chine ou l'Afrique du Sud, devront participer à l'effort international.

Les défis à venir concernent d'abord le remplacement des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée, qui protègent aujourd'hui 80 % de la population à risque en Afrique subsaharienne. Leur utilisation entraîne une diminution de 50 % des formes graves de la maladie et de 25 % des décès. D'autre part, des résistances des moustiques aux insecticides et du parasite aux antipaludéens apparaissent, qui imposent de toujours diversifier davantage l'arsenal de la lutte. Le rapport rappelle qu'en 2009, le paludisme a fait 800 000 morts, pour l'essentiel des jeunes enfants et des femmes enceintes.

Dans le même temps, un candidat vaccin semble apporter un espoir au chapitre de la prévention. La protéine de surface du mérozoïte MSP3 a été identifiée comme étant la cible du mécanisme de défense majeur contre l'infection au stade érythrocytaire, et des études immuno-épidémiologiques en zone d'endémie ont largement confirmé l'intérêt de cette molécule. Des essais de doses réalisés en 2007 au Burkina Faso chez 45 enfants de 12 à 24 mois montrent que l'incidence des formes cliniques étaient bien inférieure dans les deux groupes d'enfants vaccinés (1,2 cas et 1,9 cas pour 100 jours) par rapport au groupe témoin (5,3 cas pour 100 jours). Malgré le petit effectif, et la durée d'analyse limitée (4 semaines), ces résultats encourageants permettent d'espérer de futurs développements de cette molécule.

Dr Muriel Macé

Sirima SB et coll. Protection against malaria by MSP3 candidate vaccine.
N Engl J Med. 2011; 365:1062-4.
Roll Back Malaria report heralds record success and anticipates near-zero malaria deaths in next decade if efforts sustained.
Roll Back Malaria Partnership: A Decade of Partnership and Results, 12 September 2011,
http://www.rbm.who.int/
http://www.jim.fr/en_direct/actualites/e-docs/00/01/EF/C2/document_actu_med.phtml

Ne déprimez pas, buvez du café Enfin une addiction qui ne serait pas mauvaise pour la santé.

Les femmes qui boivent deux tasses de café ou plus par jour ont moins de risques d'être déprimées que celles qui n'en boivent pas.

Boire du café préserverait de la dépression. C'est la surprenante conclusion d'une étude publiée par la revue scientifique Archives of Internal Medicine. D'après une équipe de la Harvard Medical School, les femmes qui boivent deux tasses de café ou plus par jour ont moins de risques d'être déprimées. Sans pouvoir expliquer réellement les raisons de cet effet, les auteurs estiment que la caféine contenue dans le café pourrait modifier les échanges chimiques dans le cerveau. Loin d'eux, pourtant, l'idée de préconiser hâtivement que les femmes devraient boire plus de café pour se stimuler le moral.

De 1996 à 2006, l'humeur de 50 000 infirmières américaines a été décortiquée, et liée à leur consommation de café. Sur les 2 600 femmes qui ont développé une dépression au cours de cette période, la majorité d'entre elles n'étaient pas amatrices de café, ou en buvaient beaucoup moins que les consommateurs fréquents. En les comparant à celles qui buvaient moins d'une tasse de breuvage caféiné par semaine, les chercheurs ont réalisé que celles qui ont consommé deux à trois tasses de café par jour avaient 15 % de risque en moins de développer une dépression. Celles qui ont bu quatre tasses ou plus réduisaient, quant à elles, le risque de 20 %.

Des taux de suicide plus faibles chez les buveurs de café

Forts de ce constat, les scientifiques ont cherché à savoir si d'autres facteurs

pouvaient influer sur ces résultats. Ils ont ainsi constaté que les buveurs de café réguliers étaient également plus souvent fumeurs ou amateurs d'alcool, et étaient moins souvent sujets au surpoids, à l'hypertension artérielle ou au diabète. Autre remarque pour le moins étonnante, les accros au "petit noir" étaient par ailleurs moins susceptibles de s'impliquer dans des activités religieuses ou d'être bénévoles dans des associations. Les experts ont donc inhibé l'impact de ces variables, mais les résultats étaient clairs : le lien entre forte consommation de café et absence de dépression demeurait.

Ces résultats vont dans le même sens que d'autres études sur le sujet. Des chercheurs avaient en effet déjà remarqué que les taux de suicide étaient relativement plus faibles chez les buveurs de café. Tous soupçonnent en réalité la caféine d'être l'acteur-clef : connue pour renforcer le sentiment de bien-être et d'énergie, elle a un effet physique sur les fonctions cérébrales en bloquant certains récepteurs chimiques, comme l'adénosine.

Des résultats rassurants pour les accros

Mais les scientifiques disent avoir besoin d'études supplémentaires avant d'affirmer avec certitude qu'ingérer de la caféine éloigne la dépression. Ils confessent eux-mêmes que rien ne dit que l'inverse n'est pas vrai. Pour le moment, rien ne prouve en effet que ce ne sont pas les personnes déprimées qui choisissent de ne pas boire de café. Après tout, deux des symptômes fréquents de la dépression sont un sommeil perturbé et un fort sentiment d'anxiété, deux caractères qui peuvent être exacerbés par la caféine contenue dans le breuvage. Celles qui ont le moral dans les chaussettes ne choisiraient-elles donc pas délibérément de ne pas boire de café afin de se "ménager" ?

Pour le professeur Bertil Fredholm, expert en pharmacologie et en physiologie à l'institut suédois Karolinska, ces résultats sont avant tout rassurants pour les amateurs de café. "Malgré tous les efforts déployés pour montrer combien le café est dangereux pour nous, il n'en est pas ainsi", a-t-il confié à la BBC. "Les études montrent clairement que, consommé avec modération, le café n'est pas l'une des nombreuses choses que nous faisons alors qu'elles sont nuisibles à notre santé." Enfin une occasion de trinquer !

Louise Cunéo
http://www.lepoint.fr/sante/ne-deprimez-pas-buvez-du-cafe-27-09-2011-1378002_40.php