

IMPACT MÉDECINE

L'HEBDOMADAIRE DE L'EXERCICE MÉDICAL • www.impactmedecine.fr • N° 223 • 20 DÉCEMBRE 2007

FACT ADVISORY GROUP
GROUP COMMITTEE

DNDI R&D
PROJECT

FACT AS AQ - ALARIA
Launch (incl. press articles) &
registration /
Sanofi events

DNDI R&D
PROJECT

FACT AS AQ (Artemunate
Amodiaquine) - Malaria
sanofi aventis corresp. &
meetings incl. strategic

FACT - MALARIA
Background docs & corres.
MSF / WHO
Governments, DNDI meeting

DNDI R&D
PROJECT



«Mon combat contre le palu»

Bernard Pécoul
Médecin de l'année

P. 4

GARDES

***Le samedi après-midi
bientôt majoré***

P. 7

RECOMMANDATIONS

***L'hypothyroïdie fruste
de l'adulte***

P. 23

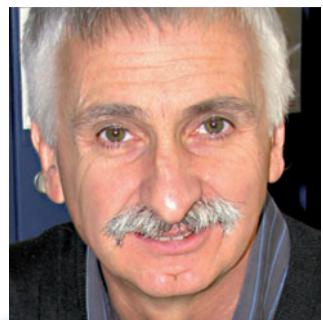
GESTION

***Rendre votre cabinet
accessible aux
handicapés***

P. 27

**HTA: mètre ruban, automesure à domicile, pression
pulsée au cabinet... Les nouvelles stratégies**

DOSSIER MÉDECINE P. 14



DR
«Aujourd'hui, il est difficile d'ignorer les difficultés d'accès aux médicaments ainsi que la crise fondamentale de la recherche médicale.»

technologies venus de différents pays. Notre cahier des charges était ambitieux : réduire le nombre de comprimés à si possible un par jour et mettre au point une forme pédiatrique.

Avez-vous rencontré des difficultés techniques pour mettre au point l'Asaq ?
 Nous nous sommes tout de suite heurtés à des obstacles techniques. Dès que nous combinions artesunate et amodiaquine, nous avions un problème d'instabilité. Nous avons donc mis au point un procédé de double couche pour que les deux produits ne se mélangent pas. En comptant les études de stabilité dans des conditions tropicales, ce travail nous a pris environ 2 ans. Ensuite, nous avons commencé les études cliniques et cherché un partenaire industriel. Nous avons signé un accord avec Sanofi Aventis, qui était déjà très présent en Afrique. Les négociations ont été longues. Il faut dire que les conditions étaient les suivantes : prix coûtant et pas de brevet. Mais en réalité, tous les partenaires approchés se sont montrés intéressés et nous avons pu choisir. Il faut dire que nous avions le produit, une future success story.

Pourquoi à votre avis Sanofi Aventis s'est lancé dans l'aventure avec vous ?

Il y a incontestablement des retombées en terme d'image, à l'extérieur comme à l'intérieur de l'entreprise. C'est aussi un nouveau business model. La production de l'Asaq permet d'être présent dans de nombreux pays africains. Or, les dernières données démographiques montrent que l'Afrique est en pleine croissance. On ne peut pas rayer ce continent de la carte.

L'Asaq constitue-t-il un nouveau signe d'espoir pour l'accès aux médicaments dans les pays du Sud ?
 C'est loin d'être le seul. Et l'Asaq n'est pas le produit miracle. Et

Traitements de la crise d'asthme et traitement de fond de l'asthme persistant



En 2008,
 nous souhaitons
 plus de souffle
 à vos patients
 asthmatiques !

AIROMIR® et QVAR® :

des molécules connues dans un système autodéclenché simple et performant.

AIRomir®
Autohaler®
sulfate de salbutamol

Traitement
symptomatique
de la crise
d'asthme

Qvar®
Autohaler®
dipropionate de bêclométasone

Traitement continu
anti-inflammatoire
de l'asthme
persistant

Parce que le système d'inhalation conditionne l'efficacité du traitement⁽¹⁾



DENOMINATION : AIROMIR® AUTOHALER® 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Salbutamol base 100 µg/dose. **Excipients :** qsp un flacon. **DONNEES CLINIQUES :** Indications thérapeutiques : Traitement symptomatique de la crise d'asthme. Traitement symptomatique des exacerbations au cours de la maladie asthmatique ou de la bronchite chronique obstructive lorsqu'il existe une composante réversible. Prévention de l'asthme d'effort. Test de réversibilité de l'obstruction bronchique lors des explorations fonctionnelles respiratoires. Remarque : cette spécialité est particulièrement adaptée aux sujets chez qui il a été mis en évidence une mauvaise synchronisation main/poumons nécessaire pour une utilisation correcte des aérosols doseurs classiques sans chambre d'inhalation. **Posologie et mode d'administration* :** Traitement de la crise d'asthme et des exacerbations : dès les premiers symptômes, inhalez 1 à 2 bouffées. En cas de persistance des symptômes, renouveler quelques minutes plus tard. Prévention de l'asthme d'effort : inhalation de 1 à 2 bouffées 15 à 30 minutes avant l'exercice. Coût du traitement journalier : 0,06 à 0,88 € (1 à 15 bouffées par jour). Inhalation par distributeur avec embout buccal. Pour une utilisation correcte, il est souhaitable que le médecin s'assure du bon usage de l'appareil. **Contre-indications :** Intolérance à ce médicament (survenue de toux ou de bronchospasme après inhalation du produit). Dans ce cas il conviendra d'interrompre ce traitement et de prescrire d'autres thérapeutiques ou d'autres formes d'administration. **Mises en garde :** Informer le patient qu'une consultation médicale immédiate est nécessaire si, en cas de crise d'asthme, le soulagement habituellement obtenu n'est pas rapidement observé. Si un patient développe en quelques jours une augmentation rapide de sa consommation en bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques d'action rapide et de courte durée par voie inhalée, on doit craindre (surtout si les valeurs du débit-mètre de pointe s'abaissent et/ou deviennent irrégulières) une décompensation de sa maladie et la possibilité d'une évolution vers un état de mal asthmatique. Le médecin devra donc prévenir le patient de la nécessité dans ce cas, d'une consultation immédiate, sans avoir au préalable, dépassé les doses maximales prescrites. La conduite thérapeutique devra alors être réévaluée. Chez les patients asthmatiques adultes, l'association à un traitement anti-inflammatoire continu doit être envisagée dès qu'il est nécessaire de recourir plus de 1 fois par semaine aux bêta-2 mimétiques par voie inhalée. Le patient doit dans ce cas être averti que l'amélioration de son état clinique ne doit pas conduire à une modification de son traitement, en particulier à l'arrêt de la corticothérapie par voie inhalée sans avis médical. **Sportifs :** cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage. **Précautions particulières d'emploi :** En cas d'infection bronchique ou de bronchorrhée abondante, un traitement approprié est nécessaire afin de favoriser la diffusion optimale du produit dans les voies respiratoires. Le salbutamol administré par voie inhalée en aérosol doseur peut être, aux doses usuelles, normalement utilisé chez les malades atteints d'hyperthyroïdie, de troubles coronariens, de cardiomyopathie obstructive, de troubles du rythme ventriculaire, d'hypertension artérielle, de diabète sucré, contrairement au salbutamol par voie orale ou injectable qui ne doit être prescrit qu'avec prudence dans ces situations. **Grossesse et allaitement* :** Le salbutamol par voie inhalée peut être administré en cas de grossesse. En cas d'administration avant l'accouchement, tenir compte de l'effet vasodilatateur périphérique des bêta-2 mimétiques. Les bêta-2 mimétiques passent dans le lait maternel. **Effets indésirables :** Peuvent rarement être observés aux doses thérapeutiques : tremblements des extrémités, crampes musculaires, palpitations et tachycardie sinusale, céphalées. Comme avec d'autres produits inhalés, possibilité de survenue de toux et rarement de bronchospasme paradoxal à la suite de l'inhalation. Dans ce cas, il conviendra d'interrompre le traitement et de prescrire d'autres thérapeutiques ou d'autres formes d'administration. **Surdosage* :** L'emploi à des doses très supérieures aux doses recommandées est le reflet d'une aggravation de l'affection respiratoire nécessitant une consultation rapide pour réévaluation thérapeutique. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES* :** Propriétés Pharmacodynamiques*. **DONNEES PHARMACEUTIQUES :** Précautions particulières de conservation : Récipient sous pression : ne pas exposer à une température supérieure à 50°C. Ne pas percer, ne pas jeter au feu même vide, ne pas congeler. **DATE DE REVISION :** 06/08/2007. **PRÉSENTATION :** NUMERO D'IDENTIFICATION ET PRIX : 340 603-3 : 200 doses en flacon pressurisé (aluminium) avec valve doseuse et embout buccal (système Autohaler®). Autohaler® est une marque déposée par 3M et utilisée sous licence. Prix : 11,77 €. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Remb. Séc. Soc. : 65 % - Collect. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** IVAX Pharmaceuticals SAS - Immeuble Palatin 1 - 1, cours du Triangle - 92936 Paris La Défense Cedex - Standard / Pharmacovigilance / Information médicale : 01.55.91.78.00.

DENOMINATION : QVAR® AUTOHALER® 100 microgrammes/dose, solution pour inhalation en flacon pressurisé. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Dipropionate de bêclométasone : 100 µg/dose. **Excipients :** qsp un flacon. **DONNEES CLINIQUES :** Indications thérapeutiques : Traitement continu anti-inflammatoire de l'asthme persistant*. * L'asthme persistant se définit par l'existence de symptômes diurnes plurihebdomadiers et/ou de symptômes nocturnes plus de 2 fois par mois. Remarque : cette spécialité est particulièrement adaptée aux sujets chez qui il a été mis en évidence une mauvaise synchronisation main/poumons nécessaire pour une utilisation correcte des aérosols doseurs classiques sans chambre d'inhalation. **Posologie et mode d'administration* :** La posologie est strictement individuelle. La dose initiale sera déterminée selon la sévérité de la maladie et sera ajustée en fonction des résultats individuels. Il convient de toujours rechercher la posologie minimale efficace. A titre indicatif, chez l'adulte : de 200 à 800 µg en deux prises par jour, chez l'enfant de plus de 4 ans : de 100 à 400 µg en deux prises par jour. Coût du traitement journalier : 0,20 à 1,58 € (100 à 800 µg par jour). Inhalation par distributeur avec embout buccal (système Autohaler®). Pour une utilisation correcte, il est souhaitable que le médecin s'assure du bon usage de l'appareil par le patient. **Contre-indications :** Intolérance à ce médicament (survenue de toux ou de bronchospasme après inhalation du produit). Dans ce cas il conviendra d'interrompre ce traitement et de prescrire d'autres thérapeutiques ou d'autres formes d'administration. Hypersensibilité à l'un des composants. **Mises en garde :** Prévenir le patient que ce médicament n'est pas destiné à juguler une crise d'asthme déclarée, mais est un traitement continu de fond de la maladie asthmatique devant être poursuivi régulièrement, quotidiennement et aux doses prescrites, et dont les effets sur les symptômes de l'asthme ne se feront sentir qu'au bout de quelques jours à quelques semaines. Si en dépit d'un traitement bien conduit une dyspnée paroxystique survient, on doit avoir recours à un bronchodilatateur bêta-2 mimétique par voie inhalée d'action rapide et de courte durée pour traiter les symptômes aigus. Il conviendra d'en informer le patient et de lui préciser qu'une consultation médicale immédiate est nécessaire si, dans ce cas, le soulagement habituellement obtenu n'est pas rapidement observé après inhalation du bronchodilatateur bêta-2 mimétique. Si un patient développe en quelques jours une augmentation rapide de sa consommation en bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques d'action rapide et de courte durée par voie inhalée, on doit craindre (surtout si les valeurs du débit-mètre de pointe s'abaissent et/ou deviennent irrégulières) une décompensation de sa maladie et la possibilité d'une évolution vers un asthme aigu grave (état de mal asthmatique). Le médecin devra également prévenir le patient de la nécessité dans ce cas, d'une consultation immédiate. La conduite thérapeutique devra alors être réévaluée. Le patient doit être averti que l'amélioration de son état clinique ne doit pas conduire à une modification de son traitement, en particulier à l'arrêt de la corticothérapie par voie inhalée, sans avis médical. **Sportifs :** cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage. **Précautions particulières d'emploi :** En cas d'infection bronchique ou de bronchorrhée abondante, un traitement approprié est nécessaire afin de favoriser la diffusion optimale du produit dans les voies respiratoires. En cas de déstabilisation de l'asthme, ou de contrôle insuffisant des exacerbations d'asthme malgré des doses maximales de corticoïdes par voie inhalée, un traitement par corticothérapie par voie générale en cure courte doit être envisagé. Il est alors nécessaire de maintenir la corticothérapie inhalée associée au traitement par voie générale. L'administration conjointe de corticoïdes par voie inhalée chez les asthmatiques sous corticothérapie orale au long cours (patients corticodépendants) ne dispense pas des précautions nécessaires lors d'une réduction des doses de corticoïde par voie orale. Celles-ci seront diminuées très progressivement et le sevrage devra être effectué sous surveillance médicale attentive (à la recherche de l'apparition de signes d'insuffisance surrenale aiguë ou subaiguë) se prolongeant au-delà de l'arrêt de la corticothérapie par voie générale. **Grossesse et allaitement* :** Lors de maladies chroniques nécessitant un traitement tout au long de la grossesse, un léger retard de croissance intra-utérin est possible. Une insuffisance surrenale néo-natale a été exceptionnellement observée après corticothérapie à dose élevée par voie systémique. Il semble justifié d'observer une période de surveillance clinique (poids, diurèse) et biologique du nouveau-né. Les corticoïdes passent dans le lait. **Effets indésirables* :** Effets locaux : candidose oropharyngée, gêne pharyngée, dysphonie, raucité de la voix, gêne pharyngée, toux et rarement bronchospasme. Effets systémiques : amincissement cutané, hématomes sous cutanés, dépression des fonctions surrenalienne biologiques (diminution du cortisol plasmatique et de la cortisolurie des 24 heures) et raréfaction du tissu osseux, œdèmes localisés (visage, bouche, région péri-orbitaire) et angiodéme. En l'état actuel des connaissances, bien que la recherche de la posologie minimale efficace soit toujours recommandée, le risque à considérer en priorité est celui d'un contrôle insuffisant de l'asthme et devra toujours être pesé face à celui du retentissement systémique. **Surdosage* :** L'emploi à des doses très supérieures aux doses recommandées est le reflet d'une aggravation de l'affection respiratoire nécessitant une consultation rapide pour réévaluation thérapeutique. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES* :** Propriétés Pharmacodynamiques*: GLUCOCORTICOÏDE PAR VOIE INHALEE, code ATC : R03BA01. **DONNEES PHARMACEUTIQUES :** Précautions particulières de conservation : Récipient sous pression : à protéger des rayons du soleil et à ne pas exposer à une température supérieure à 50°C. Ne pas percer ou brûler même après usage. **DATE DE REVISION :** 06/08/2007. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Remb. Séc. Soc. : 65 % - Collect. 351 606-9 : 200 doses en flacon pressurisé (aluminium) avec valve doseuse et embout buccal (système Autohaler®). Autohaler® est une marque déposée par 3M et utilisée sous licence. Prix : 39,61 €. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** IVAX Pharmaceuticals SAS - Immeuble Palatin 1 - 1, cours du Triangle - 92936 Paris La Défense Cedex - Standard / Pharmacovigilance / Information médicale : 01.55.91.78.00.

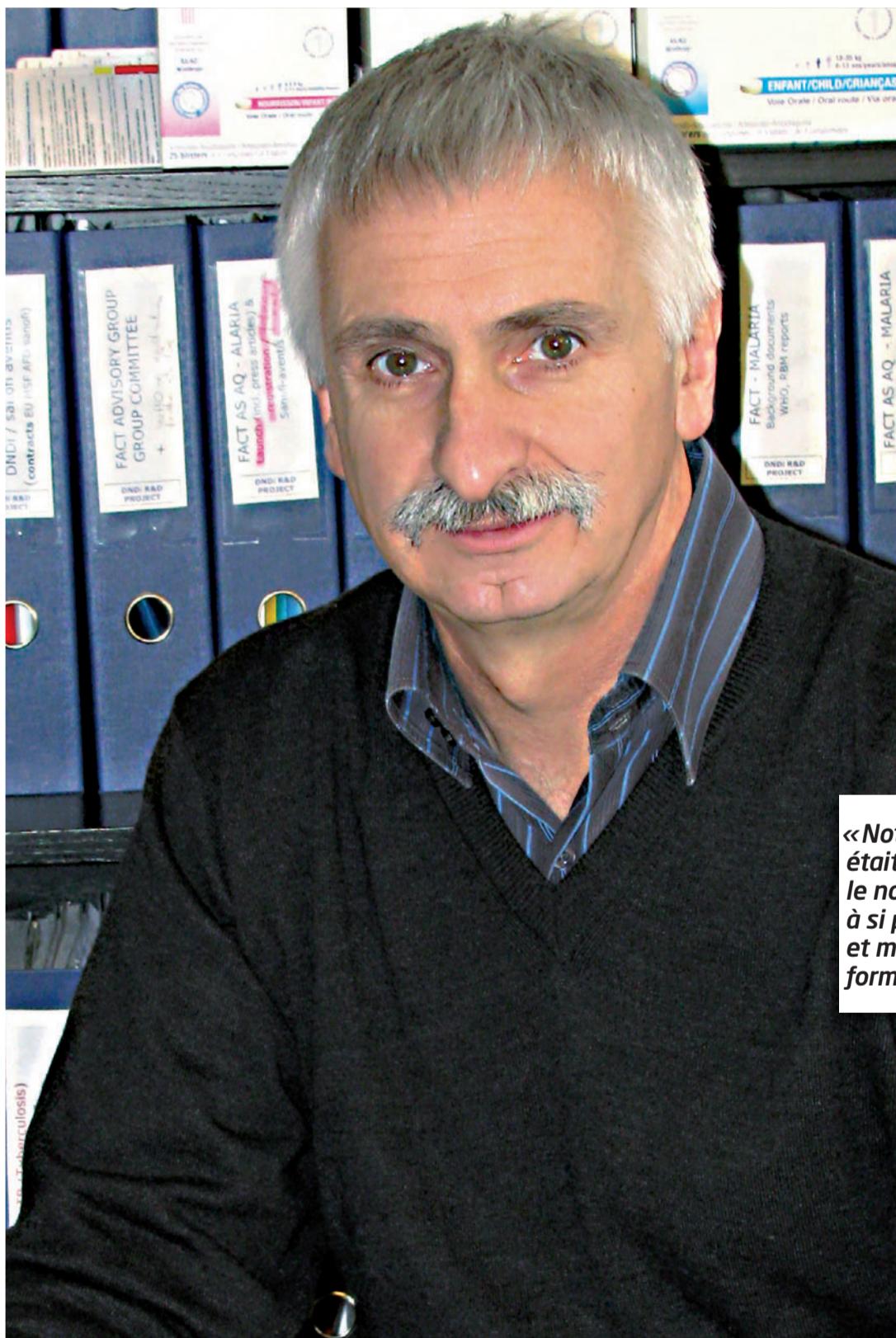
* Pour une information complète, consulter le dictionnaire VIDAL.

(1) Crompton G.K. et al. The need to improve inhalation technique in Europe : a report from the Aerosol Drug Management Improvement Team. Respiratory Medicine (2006) 100, 1479-1494

Fidèles à leur engagement au service des autres, les lecteurs d'*Impact Médecine* ont élu, avec 28% des voix, le Dr Bernard Pécoul comme médecin de l'année. Après une vingtaine d'années à Médecins sans frontières, le généraliste clermontois s'est investi dans les traitements pour les maladies oubliées. En 2007, l'Asaq fut sa première victoire: un antipaludéen simple et accessible. Retour sur cette aventure.

MÉDECIN DE L'ANNÉE

DR BERNARD PÉCOUL, FAUCHEUR DE PALU



DR BERNARD PÉCOUL, directeur de l'initiative sur les médicaments pour les maladies oubliées (DNDI)

BIOGRAPHIE

1956 : Naissance à Saint-Flour dans le Cantal
1983 : Diplômé de médecine générale de l'université de Clermont-Ferrand et premières missions avec Médecins sans frontières (MSF) en Thaïlande, en Malaisie. Plus tard, il pilotera des programmes pour les réfugiés du Vietnam, de Birmanie, du Laos mais aussi du Salvador, du Nicaragua et du Guatemala.
1987 : Master de santé publique obtenu à

l'université de Tulane (Louisiane) aux Etats-Unis
1988 : Co-fonde et dirige Epicentre, une ONG spécialisée dans l'épidémiologie
1991 : Retour à MSF pour devenir directeur de la section française
1998 : Dirige la « Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels » de MSF
2003 : Crée et devient directeur de DNDI (Drugs for neglected diseases initiative)

Que vous inspire votre élection comme Médecin de l'année par les lecteurs d'*Impact Médecine*?

Je constate avec plaisir que mes confrères français s'intéressent à la médecine dans les pays du Sud. Je ne suis pas surpris qu'ils aient conscience que les écarts se creusent entre une médecine de plus en plus moderne au Nord et des soins de base inaccessibles à la majorité des populations du globe. Avec une médecine de base de qualité, nous sauverions énormément de vie. Ils le savent. Du coup, peut-être que les médecins français ont le sentiment qu'ils seraient parfois plus utiles s'ils exerçaient la médecine dans ces conditions.

Il y a près de 10 mois, vous annonciez le lancement d'un nouveau médicament contre le paludisme, peu cher et non breveté. Les patients qui en ont le plus besoin y ont accès?

Aujourd'hui, 21 pays africains ont enregistré l'Asaq. Cette association fixe d'artesunate et d'amodiaquine se présente sous la forme d'un comprimé uni-

que à prendre pendant trois jours. Le traitement coûte 1 dollar pour l'adulte et 0,50 dollar pour l'enfant. Ce qui me rassure, c'est que ce sont les pays où cette combinaison est recommandée qui ont enregistré l'Asaq. Environ un million de traitements ont été distribués. C'est à la fois beaucoup et peu. Nous espérons que la deuxième année, la distribution de l'Asaq sera beaucoup plus massive. Mais, il faut savoir que les grands appels d'offres financés par des bailleurs de fonds internationaux prennent du temps. Actuellement, ce sont essentiellement les ONG qui assurent la distribution. Les résultats de terrain sont aussi très rassurants, tant au niveau tolérance qu'efficacité. Une grande étude comparative entre l'Asaq et le traitement de référence, le Coartem, vient d'être présentée. Les résultats sont très satisfaisants.

Cet antipaludéen est le fruit d'un partenariat public-privé original. Comment avez-vous convaincu Sanofi-Aventis de le vendre à prix coûtant, sans brevet?

Il faut remonter un peu dans le temps pour comprendre l'histoire de l'Asaq. Le point départ date de 2001. Pour lutter contre les résistances, l'OMS recommande de passer aux combinaisons d'artesunate avec un autre antipaludéen. Médecins sans frontières avec un groupe de partenaires décide alors d'entreprendre le développement de ces formulations. Pendant trois ans, nous travaillons avec des universitaires, des petites entreprises de bio-

«Notre cahier des charges était ambitieux: réduire le nombre de comprimés à si possible un par jour et mettre au point une forme pédiatrique.»

Le vote des lecteurs d'*Impact Médecine*

Par internet ou par courrier, plus d'un millier de lecteurs d'*Impact Médecine* ont participé au vote du médecin de l'année. Leurs voix se sont portées en priorité sur les trois candidats suivants:

1^{er}: Dr Bernard Pécoul 28 % des votes

2^e: Dr Jean-Michel Borys, pionnier de la lutte contre l'obésité infantile 19 % des votes

3^{es} ex-aequo: 11 % des votes chacun

- Dr Jean-Michel Calut pour sa mobilisation de 500 confrères contre le danger santé des incinérateurs

- Pr France Woimant, pour son engagement dans la lutte contre l'AVC

11 % des votes chacun

Les trois derniers lauréats:

- 2006 : Pr Bernard Devauchelle, pour la 1^{re} greffe partielle de visage

- 2005 : Pr Francine Leca, pour son action au sein de son association «Mécénat chirurgie cardiaque»

- 2004 : Pr Florence Pasquier, pour son combat contre la maladie d'Alzheimer

MÉDECIN DE L'ANNÉE suite de la page 5

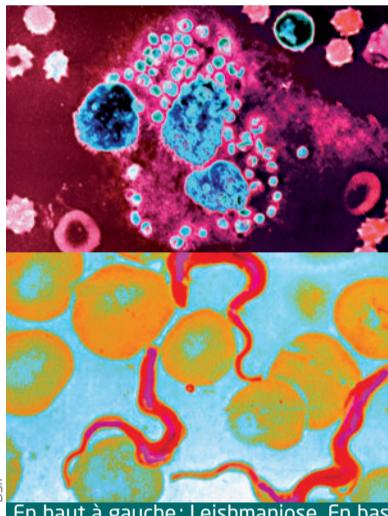
notamment en Asie où les résistances se sont beaucoup développées. Mais, je reconnais que dans les années 90, nous étions sur une pente dramatiquement descendante. On voyait les résistances se développer, l'épidémie de sida exploser... Nous avions toutes les raisons d'être pessimistes et la bataille de l'accès aux médicaments semblait perdue d'avance. Mais depuis quelques années, les signes positifs se succèdent. Le premier d'entre eux, c'est évidemment le procès de Pretoria. Les négociations de l'OMC ont aussi permis d'entrevoir des réponses politiques. Aujourd'hui, il est difficile d'ignorer les difficultés

d'accès aux médicaments ainsi que la crise fondamentale de la recherche médicale.

Êtes-vous plus optimiste qu'il y a 20 ans?

Oui. Je me souviens encore que lorsque j'étais sur le terrain pour Médecins sans frontières, je me sentais frustré. Nous devions souvent faire face à des niveaux de mortalité déplorables. C'est pourquoi j'ai toujours œuvré à MSF pour l'amélioration du geste médical dans les conditions précaires qui sont les nôtres.

> PROPOS RECUEILLIS PAR CÉCILE COUMAU



En haut à gauche: Leishmaniose. En bas à gauche: le trypanosome (maladie du sommeil). A droite: Triatoma infestans, vecteur de la maladie de Chagas.



DNDI, la force de frappe contre les maladies oubliées

Maladie du sommeil, leishmaniose et maladie de Chagas, c'est le trio de choix de l'Initiative sur les Médicaments pour les maladies négligées (Drugs for Neglected Diseases Initiative). Le concept de DNDI est simple: tirer parti des connaissances accumulées et des ressources scientifiques de pointe pour développer les médicaments nécessaires au traitement de ces maladies négligées. Le tout à un prix abordable pour les patients du Sud. Cette équation suppose des alliances originales telles que ONG et industrie pharmaceutique mais aussi des partenariats Sud-Sud. Cinq ans après sa création, la grande victoire de DNDI, c'est bien sûr l'Asaq (voir p. 4 et 5). Une victoire qui ne va pas rester unique en son genre. Une nouvelle combinaison d'antipaludéen devrait sortir à la fin du premier trimestre 2008. Cette association d'artésunate et de méfloquine sera distribuée en Amérique Latine et en Asie du Sud-Est. Elle présente les mêmes avantages que l'Asaq: 1 à 2 comprimés par jour pendant 3 jours au lieu de la trentaine actuelle et un traitement deux fois moins cher. Concernant la maladie du sommeil, le DNDI teste actuellement un traitement combinant deux perfusions par jour d'Eflornithine et de

Nifurtinox. «Nous aurons les résultats complets en juin mais pour l'instant, je suis très confiant, déclare le Dr Bernard Pécul. Nous devrions considérablement améliorer le traitement actuel. Avec le traitement de référence actuel, un patient sur vingt meurt des effets secondaires. Mais, pour avoir un médicament révolutionnaire contre la trypanosomiasis, il faudra encore attendre quelques années.» Du côté de la leishmaniose viscérale, plusieurs combinaisons sont actuellement en test en Asie, en Inde et en Afrique de l'est. A échéance de deux ou trois ans, le DNDI prévoit d'améliorer la prise en charge thérapeutique. Et surtout de réduire la durée de traitement de 1 mois à 10 jours.

Faire du mieux avec du vieux, recombiner des traitements déjà existants, limiter les effets secondaires, réduire les durées de traitements, faciliter l'observance c'est le quotidien de DNDI. Mais l'organisation ne désespère pas de créer de nouveaux médicaments révolutionnaires. Pour la maladie du sommeil, plusieurs candidats molécules sont en passe de devenir des candidats médicaments. Les malades pourraient en bénéficier vers 2010.

> C. C.

IMPACT MÉDECINE

152, avenue de Malakoff,
75116 Paris
Tél.: 01-53-93-36-00 -
<http://www.impactmedecine.fr>
N° de commission paritaire:
0109 T82680
ISSN: 1635-3420
Abonnements tarif médecins:
Impact médecine: 79 €
Fax: 01-53-93-36-99



RÉDACTION
Directeur de la rédaction:
Dr Michel Janssens (3701).
Assistante: Annie Rugoni (3625).
ACTUALITÉ & EXERCICE
Rédacteur en chef: Hervé Réquillart (3769). Chef de rubrique: Cécile Coumau (3768). Rédacteurs: Jean-Pierre Barresi (3704), Dr Sophie Duméry (3781), Hélène Joubert (3778), Loan Tranthimy (3782).
TEMPS LIBRE
Rédacteur en chef: Jean-Michel Ullmann (3702).
MÉDICAMENT
Rédacteur en chef: Anne Prigent (3715). Rédacteur: Clémence Lamirand (3681).
COMITÉ SCIENTIFIQUE
Pr Jean-Pierre Bassard, Pr Michel Bertrand, Pr Marc-André Bigard, Pr Bruno Dubois, Pr Christophe Dupont, Dr David Elia, Pr Pierre Gehanno, Pr Xavier Girerd, Pr Claire Le Jeune, Pr Jean-Paul Marty, Dr Sylvie Meaume, Pr Jean-Pierre Olie, Pr Philippe Orcel, Dr Henri Rozenbaum, Pr Catherine Weil-Olivier.

RÉALISATION
Rédaction en chef technique:
Ghislain Gomez (3752).
Adjointe: Floriane Watteau-Brunet (3757).
Secrétaire de rédaction: Michel Bui (3794), Laurent Menu (3759), Chafik Guendouz (3616).
Maquette: Antoine Sadat Kyaa (3740), Mireille Salvignol (3734), Hélène Barquier (3761), Dominique Grusson (3632), Dominique Léonard (3669), Michel Marquet (3748), Pascale Moine (3670).
Iconographie: Brigitte Haroche (3711).
Photographie: Pascal Andrioux (3787).

DIRECTION
Directeur général, directeur de la publication: Bruno Thomasset (3601).
Directeur général, directeur des opérations: Dr Claudine du Fontenieux (3675).
Directeur des ventes et de la diffusion: Michel Bontemps (3633).

COMMUNICATION ET PARTENARIATS
Directeur: Karine Popis (3687).
Rédacteurs en chef: Dr Evelyne Bault (3677), Dr Véronique Canat (3731).
Assistante: Dominique Beaufour (3654).
Directeur artistique: Emmanuelle Prissette (3738).
Maquette: Gabriel Gallot (3622).

PUBLICITÉ
Directeur commercial: Isabelle Baugey (3660).
Directeur de clientèle: Sophie Henriet (3663), Virginie Mezerette (3741), Céline Terrats (3680).
Chefs de publicité: Magali Gheysen (3650), Isabelle Plessix (3714).
Assistante: Marylène Duvernoy (3664).
Exécution: Yves Deville (3652).
Administration des ventes: Brigitte Ferrari (3655).

PETITES ANNONCES voir pages IMPACT ANNONCES

TÉL.: 01 53 93 37 00 – FAX: 01 53 93 37 66

ADMINISTRATION
Directeur financier: Christian Maurin (3620).
Comptabilité: Valérie Haxaire (3619), Lanto Rakotobe (3684).
Abonnements: Béatrice Delarue (3645), Florence Guyot (3641). Tél.: 01 53 93 36 36.
Ressources humaines: Marilyn Massouf (3739).
Fabrication: Sabine Bretteville (3610).
Systèmes d'information: directeur, Florent Couty (3770), Alexandre Sagnier (3631).
Services généraux: Geneviève Hart. Assistante de direction: Magali Moal (3602).

Impact médecine, SAS au capital de 188 313 €.
Durée: 99 ans à compter du 6 octobre 1981.
Principaux associés: Claudine du Fontenieux, Bruno Soubiran, Bruno Thomasset

Conception graphique: JBA, Philippe Bissières, Antoine Massari.
Impression: Actis, Paris.
Impact médecine adhère au SNPM au Cessim et à L'impératif (Tél.: 01 41 49 7000).

Les épidémies en voie de résorption

La bronchiolite devrait amorcer sa décrue avec le début de l'année 2008 et ne devrait pas atteindre le pic de 800/100 000 observé l'année dernière. Les gastro-enté-

rites virales ont déjà franchi leur cap (120/100 000) chez les moins de 5 ans. Les adultes devraient suivre rapidement (moins de 70/100 000).

Microvascularisation, régulatrice de la pression artérielle

Grâce aux traitements anti-angiogènes du cancer du côlon, les chercheurs de l'Inserm (U689) et du CH Avicenne (Bobigny) ont montré que la réduction de la microvascularisation entraîne une augmentation de la PA chez tous les malades traités. Avec parfois la nécessité d'un traitement anti-hypertenseur.

Cet impact tensionnel cède à l'arrêt des anti-angiogènes. On comprend mieux les bénéfices manifestes de l'exercice physique sur la PA ainsi que de l'arrêt du tabagisme: ils favorisent le réseau surtout microvasculaire.

La corticothérapie guidée par l'EULAR

La société européenne de rhumatologie publie 10 recommandations concernant la corticothérapie systémique au long cours. L'accent est mis sur les co-morbidités, la surveillance des effets indésirables et la prescription respectant le cycle de la maladie et des corticoïdes endogènes. La dose minimale efficace peut encore se réduire, voire s'annuler en période de rémission; d'où une réévaluation régulière du traitement. La prévention de l'ostéoporose s'impose dès une posologie ≥ 7,5 mg/j plus de trois mois. La prévention d'une insuffisance surrénalienne péri-chirurgicale s'impose aussi après toute corticothérapie supérieure à 1 mois.

Un dépistage des familles à risque de mort subite

«En France, les morts subites s'estiment autour de 40 000 décès par an (2 fois sur 3 en dehors de l'hôpital) et sont responsables de 60 à 70 % de la mortalité cardiaque, rappelle le Pr Albert Hagège, président du Comité Scientifique des prochaines Journées Européennes de la SFC (16-19 janvier, Paris). Dans la plupart des cas, la cause est une anomalie cardiaque structurelle soit acquise (coronaropathies pour 80%), soit génétique.» Avant 35 ans, les cardiomyopathies arythmogènes dominent et se traquent par les facteurs de risque: antécédents familiaux de mort subite, syncopes et tachycardies ventriculaires non soutenues.

Qu'il s'agisse d'une atteinte structurelle (cardiomyopathies dilatées ou hypertrophiques, dysplasie ventriculaire droite arythmogène) ou fonctionnelle par anomalies des canaux ioniques (syndrome de Brugada, syndrome du QT long, TV polymorphes catécholergiques, syndrome du QT court), la mort subite est souvent le premier et dernier symptôme. «Ce qui justifie le dépistage des appartenants atteints; il fera probablement appel dans les années à venir aux tests génétiques systématiques», conclut Albert Hagège.