1. Un traitement combiné pour l'hypothyroïdie?

Dans le cadre d'une étude de provocation, des chercheurs ont émis l'hypothèse que la combinaison de triiodothyronine (T3) et de thyroxine (T4) soulagerait les symptômes de l'hypothyroïdie plus efficacement que la thyroxine administrée seule.

Lors d'un essai croisé à répartition aléatoire et à double insu réalisé en Australie, 110 patients traités pour une hypothyroïdie ont reçu, au hasard, leurs doses habituelles de T4 ou une combinaison de T3 et de T4. Pendant les 10 semaines qu'a duré l'essai, aucune différence significative n'a été relevée entre les 2 groupes quant au facteur de la qualité de vie.

Walsh JP, Shiels, L, Lim, EL, et coll. : Combined thyroxine/liothyronine treatment does not improve well-being, quality of life, or cognitive function compared to thyroxine alone: A randomized controlled trial in patients with primary hypothyroidism. J Clin endocrinol Metab 88(10):4543, 2003.

2. Une médication différente pour chaque type de TDAH

Une préparation à libération prolongée de méthylphénidate représente actuellement le médicament le plus souvent prescrit aux patients atteints d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Dans le cadre d'un essai croisé comparatif avec placebo, des chercheurs ont observé pendant 4 semaines la relation entre la posologie de ce médicament et les symptômes du TDAH chez 47 enfants (32 souffrant du type combiné de la maladie et 15 souffrant de prédominance du déficit de l'attention). Au cours de ces 4 semaines, tous les enfants ont reçu, pendant 1 semaine, un placebo et une préparation à libération prolongée de méthylphénidate à des doses de 18 mg, 36 mg ou 54 mg. Le placebo et les doses ont été attribués au hasard et la dose de 54 mg n'était jamais administrée en premier. Les parents et les professeurs des enfants devaient évaluer l'efficacité du médicament.

Toutes les doses de la préparation à libération prolongée de méthylphénidate ont entraîné de meilleurs résultats que le placebo. Une réaction linéaire dose-effet de réduction des symptômes avec une augmentation de la dose a été observée chez les enfants souffrant du TDAH de type combiné, tandis que cela n'a pas été observé chez ceux atteints du TDAH avec prédominance du déficit de l'attention. Les parents d'enfants atteints de TDAH de type combiné ont signalé une normalisation du comportement chez 14 %, 32 %, 40 % et 66 % d'entre eux lors de la prise du placebo et des doses de 18 mg, 36 mg et 54 mg, respectivement. Une relation dose-effet a également été observée dans les cas graves de troubles du sommeil, surtout pour ce qui est de l'insomnie.

Stein MA, Saranpote CS, Walsman, ID, et coll. : A dose-response study of OROS methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 112(5):404, 2003.

3. Le traitement de l'hyperglycémie postprandiale

Tout comme la glycémie à jeun, l'hyperglycémie postprandiale est un facteur important à considérer dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Dans le cadre d'une étude croisée à répartition aléatoire, des chercheurs de l'Université du Nouveau-Mexique ont comparé trois agents insulinotropes dans la maîtrise de la glycémie postprandiale : une sulfonylurée et du glipizide, dans deux formules différentes, à libération immédiate et à libération contrôlée, et du natéglinide, un sécrétagogue à action rapide devant être ingéré lors de repas.

L'étude a regroupé 15 patients atteints de diabète de type 2 maîtrisant bien leur glycémie avec un seul schéma posologique (soit une hémoglobine glycosylée de 6,9 %). Deux jours après avoir cessé un traitement médical, ces patients étaient admis dans un centre de recherche clinique où l'on dressait alors leur bilan glycémique de base à différents moments de la journée. De plus, un dernier bilan quotidien était réalisé chez ces patients une semaine après qu'ils aient suivi chacun des trois traitements (le glipizide deux fois par jour, le glipizide à libération modifiée une fois par jour et le natéglinide trois fois par jour). À chaque visite, les patients devaient manger des repas d'épreuve normalisés.

Par rapport aux deux formes de glipizide, le natéglinide a été associé à une glycémie légèrement plus basse après le déjeuner, mais à une glycémie plus élevée après le dîner et le souper. Cependant, la maîtrise de la glycémie postprandiale était presque identique dans les trois schémas posologiques. Aucune crise d'hypoglycémie nécessitant un traitement n'a été relevée.

Carroll MF, Gutierrez, A, Castro, M, et coll. : Targeting postprandial hyperglycemia: A comparative study of insulinotropic agents in type 2 diabetes. J Clin Endocrinol Metab 88(11):5248, 2003.

4. Les inhibiteurs de la pompe à protons en 5 temps

Bien que cinq inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) différents soient disponibles à l'heure actuelle aux États-Unis, aucune étude n'avait encore comparé l'efficacité de ces cinq IPP pour le soulagement des symptômes du reflux gastro-œsophagien. Dans le cadre d'un essai ouvert, croisé et à répartition aléatoire, des chercheurs ont comparé l'action de ces cinq médicaments pour la maîtrise à court terme de l'acide gastrique.

Au cours de l'étude, 34 patients souffrant de fréquentes brûlures d'estomac ont suivi des traitements aux IPP pendant 5 jours, par voie orale et chaque traitement était suivi d'une période d'élimination de 10 jours. Les IPP était administrés selon la posologie quotidienne recommandée (esoméprazole à 40 mg, lansoprazole à 30 mg, oméprazole à 20 mg, pantoprazole à 40 mg et rabéprazole à 20 mg). À la 5e journée de chaque traitement, les patients devaient se prêter à un monitorage du pH gastrique d'une durée de 24 heures. L'étude a permis de conclure que le pourcentage de temps durant lequel le pH gastrique était supérieur à 4,0 était nettement plus élevé avec l'emploi d'esoméprazole (58 %) qu'avec l'utilisation des 4 autres médicaments (intervalle de 42 % à 51 %). Clin

Journal Watch, 9 janvier 2004.