

- La **prise en charge de l'alcoolisme chronique** a déjà fait l'objet d'un article dans les Folia d'août 1998. A propos du traitement de la dépendance alcoolique, on y mentionne que la place des médicaments est limitée et qu'ils doivent toujours être associés à une prise en charge psychosociale et à une thérapie comportementale. En ce qui concerne le disulfirame, aucune étude contrôlée n'a prouvé son efficacité à long terme. Quant à l'acamprosate et à la naltrexone, ils semblent diminuer les besoins d'alcool et le risque de récurrences à court terme. Le *JAMA* [281, 1318-1325 (1999)] a publié les résultats d'une revue de 41 études randomisées contrôlées sur l'efficacité du traitement médicamenteux dans le traitement de la dépendance alcoolique. Il en ressort que la plupart des études, entre autres celles sur l'acamprosate et celles sur la naltrexone, n'ont pas eu un suivi suffisant en raison du taux élevé d'abandons dans cette population. Quant aux études qui ont bénéficié d'un suivi suffisant, elles n'ont pas montré de bénéfice significatif du traitement médicamenteux dans la dépendance alcoolique.
- **L'otite moyenne chronique** se caractérise par une perforation du tympan et une otorrhée, et se rencontre chez environ 1,5% des adultes. Les principaux germes responsables sont des germes Gram -, tels le *Pseudomonas aeruginosa* et le *Staphylococcus aureus*. Bien que les aminosides à usage local soient efficaces, leur utilisation est cependant limitée par leur ototoxicité. Les auteurs d'un éditorial publié dans le *British Medical Journal* [321, 126-127 (2000)] rapportent, sur base d'une revue systématique de la *Cochrane Collaboration*, que dans cette indication, les **quinolones à usage local** sont plus sûres et plus efficaces que les aminosides [odds ratio:0,26 ; intervalle de confiance à 95%: 0,16- 0,41] et que les antibiotiques à usage otique sont plus efficaces que ceux à usage systémique. Etant donné le risque de résistance, les auteurs attirent l'attention sur la nécessité d'une utilisation rationnelle des quinolones.
- Le *British Medical Journal* [320, 1221-1222 (2000)] a publié un éditorial sur le **traitement de l'hyperhidrose**. Il s'agit d'une sudation excessive qui affecte le plus souvent la paume des mains, les creux axillaires et la plante des pieds mais qui peut parfois s'étendre à toute la surface corporelle. Les traitements médicamenteux classiques par des substances anticholinergiques par voie générale ou par une solution de chlorure d'aluminium en application locale sont souvent abandonnés en raison d'effets indésirables, tels une sécheresse de la bouche avec les anticholinergiques et une irritation de la peau avec le chlorure d'aluminium. Dans les cas graves, les patients peuvent avoir recours à la chirurgie (par thoracoscopie) ou à l'injection de toxine botulique. Cette toxine, en bloquant la libération d'acétylcholine, inhibe complètement la sudation au site d'injection après deux à trois jours, et cet effet peut persister jusqu'à 11 mois. Son utilisation dans l'hyperhidrose palmaire est déconseillée en raison du risque de parésie des muscles intrinsèques de la main. Il faut signaler que la toxine botulique n'est pas enregistrée pour cette indication en Belgique, et qu'un tel traitement est très onéreux.