

# **BULLETIN**

**de la  
Société des Sciences Médicales  
du Grand-Duché de Luxembourg**

**N° 1**

**1984 - 121<sup>e</sup> année**

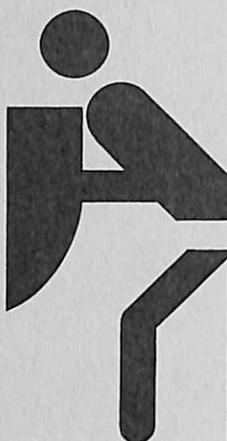




**Echinacin**



**steigert die**



**körper eigene**



**Abwehr**

Indikationen

Echinacin hat sich, in den verschiedensten Darreichungsformen, zur Steigerung der körpereigenen Abwehr bei subakut und chronisch verlaufenden Krankheiten mit mangelhafter spontaner Abwehrreaktion bewährt.

Zusammensetzung

1 Ampulle Echinacin zu 2 ml enthält 0,1 g Preßsaft aus *Herba recens Echinaceae purpureae*

100 g Echinacin Liquidum enthalten 80,0 g Preßsaft aus *Herba recens Echinaceae purpureae*

100 g Echinacin extern Liquidum enthalten 26,7 g Preßsaft aus *Herba recens Echinaceae purpureae*, 9,0 g Urea pura

100 g Echinacin Salbe enthalten 16,0 g Preßsaft aus *Herba recens Echinaceae purpureae*

Bitte fordern Sie weitere wissenschaftliche Informationen an.



Dr. Madaus & Co.  
D-5000 Köln  
Integral S.A.  
5, rue Ch. Plantin  
Luxembourg

**Echinacin®**

# **BULLETIN**

de la  
**Société des Sciences Médicales  
du Grand-Duché de Luxembourg**

**N° 1**

**1984 – 121<sup>e</sup> année**

# Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

Publié sous la direction du Conseil d'Administration  
de la Société des Sciences Médicales, Section des Sciences Médicales  
de l'Institut Grand-Ducal

## Conseil d'Administration de la Société des Sciences Médicales:

Président	Dr H. Metz
Secrétaire Général	Dr J. Neuen
Membres	Dr A. Betz, Dr M.-A. Dicato, Dr D. Hansen-Koenig, Dr G. Kayser, Dr R. Koppes, Dr M. Schroeder, M. P. Hippert, Dr G. Theves

## Bulletin de la Société des Sciences Médicales:

Administration et Publicité	Dr J. Neuen, Secrétaire Général 3, rue Conrad 1 <sup>er</sup> , Luxembourg
Rédaction	Dr M.-A. Dicato, Rédacteur en chef Centre Hospitalier de Luxembourg 4, rue Barblé, Luxembourg Dr D. Hansen-Koenig, rédacteur adjoint Ministère de la Santé, 22, rue Goethe, Luxembourg

Le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg publie des articles en français, en allemand et en anglais. Les auteurs sont priés de remettre leurs manuscrits, dactylographiés en double ou triple interligne et en deux exemplaires, au rédacteur en chef.

Les références, classées par ordre alphabétique, doivent comporter dans l'ordre:

a) Le nom des auteurs et les initiales de leurs prénoms, b) le titre du travail, c) le nom du journal d) le tome, e) la première page de l'article, f) l'année de parution. Pour les citations d'ouvrages, une référence comportera dans l'ordre, outre les noms des auteurs et le titre du livre: a) la ville, b) l'année de parution, c) le nom de la maison d'édition.

Il est recommandé aux auteurs que les articles soient succincts et, si possible, suivis d'un résumé en anglais. Tous les articles seront lus par le rédacteur et un consultant-spécialiste.

Les articles n'engagent que leurs signataires, et sauf avis spécial les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement la position de la Société des Sciences Médicales.

The Bulletin is published two or three times per year and accepts articles in French, German and English. The authors are invited to submit the original copy and a duplicate, typed doublespaced, to the editor. The references, in alphabetical order, should conform to the style of the Index Medicus: Surname and initials of authors, title of article, name of journal, volume number, first page and year.

All the articles, which should be succinct, are reviewed by the editor and a member of the editorial board.

Copyright 1983 by Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

# SOMMAIRE

1. Traitement de l'escarre sacrée par lambeau myocutané du grand dossier en V-Y. N. Calteux, M. Schoofs, A. de Conninck .....	5
2. Parasites Eucariotes Intestinaux au Luxembourg – Déclin, éradication et perspectives d'avenir. E. Fox, C. Liesch, F. Schneider .....	13
3. Traitement des tumeurs bénignes et malignes du rectum, du canal et de la marge anale. A. Gerard, J. C. Pector .....	23
4. Traitements médicaux spécifiques des cancers de vessie. M. Schneider, A. Thyss, C. Caldani, G. Lesbats .....	27
5. Infarctus du myocarde et coronaires angiographiquement normales. R. Schneider .....	37
6. Livres et périodiques .....	47
– L'examen neurologique et ses bases anatomiques.	
– The causes of cancer	
– Standardisierte Krebsbehandlung	
– Phlébographie en pratique courante	

# Nomenclature des Laboratoires et Firmes ayant annoncé dans le présent numéro

Boehringer Ingelheim  
Bournonville & Fils  
Christiaens SA  
Ciba-Geigy SA  
Cilag SA  
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois  
Heumann  
Continental Pharma  
Integral SA, Luxembourg  
Madaus, Troponwerke  
Janssen Pharmaceutica  
Labaz-Sanofi  
E. Merck  
Etablissement Thermal Mondorf-les-Bains  
Prophac, Luxembourg  
Adrosanol, Boehringer, Fabre, Rentschler  
Salvia Werk GmbH  
Sandoz Produkte AG  
Schaper & Brümmer  
Laboratoires SMB  
Société Belge de Thérapeutique Expérimentale  
Laboratoires Upjohn  
Will Pharma



# **Mondorf-les-Bains**

**La seule station hépatique du Benelux**

## **INDICATIONS:**

**SEQUELLES D'HEPATITE,  
LITHIASSE BILIAIRE,  
MALADIES DE LA NUTRITION,  
(HYPERCHOLESTEROLEMIE OBESITE,  
GOUTTE),  
RHUMATISMES, VOIES RESPIRATOIRES,  
REEDUCATION PHYSIQUE,  
REEDUCATION RESPIRATOIRE,  
SERVICE DIETETIQUE**

**OUVERTE TOUTE L'ANNEE.**

## **INFORMATIONS:**

**MONDORF-ETAT - TEL. 67011  
L-5601 MONDORF-LES-BAINS - B. P. 52**

# Hyperurikämie + tophöse Gicht

Den Serum-Harnsäure-Stau  
renal lösen!

Zur schonenden  
Einleitungstherapie

Zur individuellen  
Dauerbehandlung –  
dem Schweregrad  
angepaßt

immer

angepaßt



entweder

oder



**Narcaricin®**  
**mite**  
50 mg Benzbromaron

**Narcaricin®**  
100 mg Benzbromaron

**Zusammensetzung:** 1 Tablette NARCARICIN® mite enthält 50 mg Benzbromaron INN. 1 Dragée NARCARICIN® enthält 100 mg Benzbromaron INN. **Indikationen:** Hyperurikämie jeder Genese und Gicht. Durch medikamentöse Behandlung entstandene erhöhte Serumharnsäure-Konzentrationen. **Kontraindikationen:** Die Präparate sollen nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Glomerululfiltrat unter 20 ml/min). Obgleich Benzbromaron im Tierversuch keine schädigende Wirkung zeigte, sollten NARCARICIN® mite und NARCARICIN® dennoch während der Schwangerschaft nicht verabreicht werden. **Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:** Die Verträglichkeit ist im allgemeinen sehr gut. Unter einer Behandlung mit Benzbromaron können Durchfälle auftreten. Treten diese Durchfälle häufig oder über längere Zeit auf, so sind die Natrium- und Kaliumwerte im Blut zu kontrollieren. Gegebenenfalls kann die Tagesdosis reduziert werden. **Besonders zu beachten:** Bei der vorgeschriebenen Dosierung sind Gichtanfälle zu Beginn der Therapie im allgemeinen nicht zu erwarten. Tritt dennoch in seltenen Fällen, besonders zu Beginn der Behandlung mit NARCARICIN® ein Gichtanfall auf, sollte gleichzeitig Colchicin oder ein antiphlogistisch wirkendes Präparat gegeben werden. Für eine ausreichende Diurese und für eine Alkalisierung des Harns ist zu sorgen, dies ist bei Patienten mit Nierensteinen besonders wichtig. Die tägliche Trinkmenge sollte mindestens 1,5 – 2 Liter betragen. Hierzu empfiehlt sich u.a. ein urologischer Tee wie SOLUBITRAT®.

Stand Januar 1979

**Darreichungsformen u. Packungsgrößen:**

NARCARICIN® mite	30 Tabletten
	100 Tabletten
NARCARICIN®	30 Dragées
	100 Dragées

Anstaltspackungen



LUDWIG HEUMANN & CO GMBH  
NÜRNBERG

Littérature et échantillons: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A., Luxembourg

# Traitement de l'escarre sacrée par lambeau myocutané du grand fessier en V-Y

**N. CALTEUX,  
M. SCHOofs,  
A. DE CONINCK**

## **INTRODUCTION**

L'escarre sacrée est d'observation courante sinon quotidienne. On la rencontre chez les personnes âgées qu'une affection intercurrente maintient au lit ou chez celles, qui pour une raison ou l'autre, gardent longtemps une position d'immobilité des points d'appui.

Les paraplégiques chez qui les troubles de sensibilité jouent un rôle étiologique majeur, sont souvent atteints par ces lésions qui surajoutent à l'handicap dont ils sont victimes, une lésion particulièrement grave dans leur vie de relations.

D'autres patients sont susceptibles de présenter ces escarres, à la suite d'une longue période d'immobilité, par exemple, après une intervention chirurgicale, un coma prolongé ou un état pathologique associé.

Ces patients, nous les côtoyons chaque jour dans nos cliniques, nos hôpitaux, nos dispensaires; et très longtemps, notre seule attitude a été une attitude de prévention d'abord, de nursing ensuite.

Les méthodes chirurgicales se sont souvent révélées peu encourageantes, jusqu'à la découverte d'une nouvelle technique qui aborde ces lésions sous un point de vue différent.

Les anciennes techniques par plastie ou lambeaux cutanés se soldaient souvent par un échec. En effet, les escarres sacrées sont très étendues, profondes, atones et infectées, mettant le sacrum à nu sur une grande étendue.

Accusant une certaine surface, elles ont jusqu'il y a quelques années, posé un problème majeur aux chirurgiens, quand il fallait choisir une technique de couverture.

Unité de Chirurgie Plastique,  
Cliniques Universitaires St-Luc,  
Av. Hippocrate, 10,  
1200 Bruxelles

Il faut en effet apporter dans cette zone inflammatoire et contaminée, un tissu sain bien vascularisé, avec un haut pouvoir de détersion et servant en même temps de couverture épaisse avec matelassage présacré.

Depuis quelques années (1979), la découverte des lambeaux myocutanés a modifié complètement le devenir de ces lésions.

Nous utilisons les lambeaux myocutanés aux dépens du muscle grand fessier, centrés essentiellement sur leur pédicules vasculaires supérieurs.

En effet, la vascularisation des territoires cutanés dépend en majeure partie, des vaisseaux perforants musculaires. Les muscles sont irrigués à partir de un ou de plusieurs pédicules vasculaires relativement constants. Il est ainsi possible de déplacer un territoire cutané avec son muscle sous-jacent ou une partie de ce muscle, si ce dernier reste vascularisé par un pédicule musculaire essentiel.

Le réseau intramusculaire extrêmement ramifié alimentera le réseau sous-cutané par les vaisseaux perforants.

Le muscle grâce à sa bonne vascularisation, possède des pouvoirs de détersion très importants, et intéressants dans le traitement des escarres.

Il a en plus un pouvoir de matelassage non négligeable, même si la masse charnue s'atrophie en grande partie par manque de fonction, lorsqu'elle est détachée de ses insertions tendineuses.

Les premières techniques de glissement par lambeau myocutané avaient le désavantage de nécessiter souvent une couverture du site donneur par une greffe dermo-épidermique.

Récemment, une nouvelle technique par avancement d'une partie du muscle grand fessier a été décrite. Le site de prélèvement est autofermant et les séquelles fonctionnelles dues à la section du muscle sont nulles.

Cette technique est d'une grande fiabilité.

Il s'agit de l'avancement du lambeau myocutané du grand fessier en V-Y.

## TECHNIQUE OPERATOIRE

Le patient est placé en décubitus ventral, sous anesthésie générale ou loco-régionale. L'anesthésie générale est parfois inutile chez les paraplégiques mais une voie de perfusion veineuse est indispensable pour compenser les pertes liquidiennes.

Dans un premier temps, on réalise le parage large de l'escarre. Parfois, il est nécessaire de remettre le temps de la fermeture, à une seconde intervention.

Après parage, les dimensions de la perte de substance à couvrir sont mesurées. On trace alors sur un des massifs fessiers, un triangle cutané dont la base est constituée par une des berges latérales de la plaie et dont la hauteur rejoint le grand trochanter. (Fig. 1)

L'incision cutanée débute par le côté supérieur du triangle. A ce niveau, les fibres musculaires du grand fessier sont parallèles à l'incision. Après fixation de derme à l'aponévrose par quelques points, on sépare les fibres musculaires pour aboutir dans la fosse sciatique, pratiquement avasculaire.

On arrive très facilement à décoller le grand fessier au doigt.

Ensuite, on incise le bord inférieur du triangle. Ici les fibres musculaires sont obliques ou perpendiculaires à l'axe de l'incision. Elles sont sectionnées au bistouri électrique, après avoir solidarisé peau et aponévrose comme dans la partie supérieure du lambeau.

Enfin, on incise la pointe du lambeau, vers le grand trochanter, et on sectionne les attaches musculaires au bistouri électrique.

On lève alors le lambeau vers le sacrum. (fig. 2 et 3) Un pédicule accessoire émergeant à hauteur du nerf sciatique doit souvent être sacrifié. Il importe par contre de préserver les deux pédicules principaux qui émergent d'une part dans l'échancrure sciatique et d'autre part au-dessus du muscle piriforme. (fig. 4)

**NOUVEAU**

**VOLTAREN**

**50**

**GEIGY**



# ® VOLTAREN

Voltaren comprimés entériques à 25 mg  
Voltaren comprimés entériques à 50 mg  
Voltaren suppositoires à 100 mg  
Voltaren ampoules à 75 mg/3 ml

#### Propriétés

Le Voltaren contient une substance chimique nouvelle, non appartenant au groupe des stéroïdes et possédant des propriétés anti-inflammatoires, analgésiques et antipyrétiques prononcés.

Les comprimés à 25 mg et 50 mg sont munis d'un enrobage protecteur résistant au suc gastrique de sorte que la substance active n'est libérée que lors du transit intestinal.

#### Indications

Rhumatisme inflammatoire et dégénératif: polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, arthrose, spondylarthrose.

Rhumatisme abarticulaire. États inflammatoires et œdémateux post-traumatiques.

Les ampoules sont indiquées pour débiter un traitement dans les cas aigus de rhumatisme ainsi que pour le traitement de courte durée de douleurs et œdèmes post-traumatiques et postopératoires. Elles sont également indiquées lorsque l'administration par voie orale ou rectale doit être évitée.

#### Posologie

##### Comprimés et suppositoires

Adultes: Dans les cas aigus et pour débiter un traitement dose quotidienne 3 fois 2 comprimés à 25 mg ou 3 fois 1 comprimé à 50 mg ou 2-3 comprimés à 25 mg et 1 suppositoire.

Dans les cas chroniques et en traitement d'entretien: dose quotidienne 3 comprimés à 25 mg ou 1 suppositoire. Avaler les comprimés sans les croquer, pendant ou après les repas.

##### Ampoules

Chez l'adulte, en général 1 ampoule par jour à injecter par voie musculaire, de préférence profondément dans la fesse au niveau du quadrant supéro-externe. Si nécessaire, administrer 2 ampoules par jour. Les ampoules ne seront administrées que temporairement (4 à 5 jours). Lors de l'injection, les règles les plus strictes d'asepsie doivent être respectées.

##### Contre-indications

Ulcère gastrique ou duodénal.

En raison de l'existence d'une allergie croisée, le Voltaren ne sera pas administré à des patients asthmatiques chez qui l'ingestion d'acide acétylsalicylique, d'indométhacine, de naproxène ou d'un autre anti-inflammatoire non-stéroïdien a été suivie d'une crise d'asthme, d'urticaire ou de rhinite aiguë.

##### Effets secondaires

Douleurs épigastriques, nausées et vomissements, diarrhées, maux de tête, étourdissements, sensations de vertige, ainsi que quelques rares cas d'eczéma ont été relevés. Ces symptômes doivent cesser à l'arrêt du traitement. Ils peuvent disparaître après quelques jours.

Des cas d'élévation des transaminases ont été rapportés, ainsi que des œdèmes périphériques. L'utilisation prolongée peut engendrer des poussées hypertensives.

De rares cas d'hémorragie sanguine grave ont été observés.

Dans aucun d'eux une relation de cause à effet n'a pu être clairement établie. Lors d'administration de suppositoires, on a également constaté des effets secondaires locaux tels que prurit anal, sensation d'irritation et de brûlure, hémorroïde.

Lors d'administration par voie parentérale, de la douleur locale, du gonflement et de l'irritation peuvent survenir.

#### Précautions

Conformément aux conceptions actuelles relatives à l'emploi des médicaments pendant la grossesse, on ne prescrit pas le Voltaren pendant les trois premiers mois de la gestation. Il est indiqué de surveiller la fonction rénale. Les malades atteints d'une lésion hépatique ou rénale exigent une surveillance minutieuse.

Il en ira de même pour ceux présentant des troubles gastro-intestinaux ou dont l'anamnèse révèle un ulcère gastrique ou duodénal ancien.

Lors de traitement prolongé, des contrôles du complet sanguin, y compris l'hématocrite, et des transaminases seront pratiqués de temps à autre, ainsi qu'un contrôle régulier des protéines totales et de la sérumalbumine. Lorsqu'on administre simultanément du Voltaren et un anticoagulant, il conviendra d'adapter la dose de celui-ci aux conditions cliniques (temps de prothrombine) à cause d'une interaction éventuelle, qui peut être accrue en cas d'association avec d'autres anti-inflammatoires.

Ce médicament peut provoquer des pertes de sang occultes: quelques cas d'ulcères peptiques ou d'hémorragies gastro-intestinales ont été rapportés. L'anamnèse révèle cependant chez la plupart l'existence dans les antécédents d'une telle affection ou la prise concomitante d'autres médicaments anti-inflammatoires, dont l'association avec le Voltaren potentialise apparemment l'effet toxique sur le tractus digestif.

#### Présentation

##### Voltaren à 25 mg

Emballage de 100 comprimés entériques

Conserver à l'abri de l'humidité.

Durée de validité: 4 ans. Voir date limite d'utilisation sur l'emballage.

##### Formule

Diclofenac natrium 25 mg · Polyvidon · Amyl · Cellulose · Lactose · Sbc. dioxyd colloïdal · Magnes stearas pro compress uno, Cellulose · Diéthyl phthalas · Hypromellose · Laccas · Titan dioxyd · Fer oxyd.

##### Voltaren à 50 mg

Emballage de 50 comprimés entériques à 50 mg

Conserver à l'abri de l'humidité et à température ambiante.

Durée de validité: 4 ans. Voir date limite d'utilisation sur l'emballage.

##### Formule

Natr. diclofenacum 50 mg · Sbc. dioxyd colloïdal · Cellulose microcrist. · Lactose · Magnes stearas · Amyl · Polyvidon · Cellulose · Hypromellose · Diéthyl phthalas · Laccas · Fer oxyd · Titan dioxyd.

Emballage de 12 suppositoires.

Conserver à température ambiante. Durée de validité: 3 ans. Voir date limite d'utilisation sur l'emballage.

##### Formule

Diclofenac natrium 100 mg · Adeps synthet. pro suppositoio uno.

Emballage de 6 ampoules.

Emballage chaque de 30 amp.

Conserver à l'abri de la lumière et à température ambiante. Durée de validité: 5 ans. Voir date limite d'utilisation sur l'emballage.

##### Formule

Diclofenac natrium 75 mg · Alcohol benzyl. 120 mg · Mannitol · Natr. metabisulf. · Propylenglycol · Natr. hydroxyd · Aqua ad 3 ml.

Geigy · S.A. CIBA-GEIGY NV · 1720 Groot-Boggaarden

Pour avancer le lambeau sur la perte de substance, il est intéressant de le désolidariser des berges de la plaie sacrée.

Ici, la dissection est difficile et doit passer au ras du sacrum en prenant garde de ne pas sectionner les pédicules vasculaires. Si le lambeau est de petite taille, on peut le centrer sur un pédicule uniquement. La localisation de celui-ci doit être estimée à 4 travers de doigts de la ligne médiane, 2 cm au-dessus (pédicule supérieur) ou en dessous (pédicule inférieur) d'une ligne rejoignant le milieu du sacrum au grand trochanter. (fig. 1)

Le lambeau disséqué en îlot sur ses pédicules peut alors être avancé de 5 cm au moins, avec un arc de rotation du pôle supérieur vers le bas. La fixation se fait par points séparés de fil résorbable sur le muscle qu'on étalera le plus loin possible sous les berges cutanées de la plaie sacrée.

Un drainage aspiratif peut être laissé en place dans les plans profonds.

Le site donneur est autofermant et la cicatrisation se fait d'habitude de façon primaire. (fig. 3 et 9)

## COMPLICATIONS

Nous avons regretté à deux reprises la formation d'un hématome avec désunion d'une partie du site donneur. La cicatricisation dirigée a permis dans tous les cas une fermeture secondaire.

Il est évident que la guérison parfaite d'un lambeau myo-cutané sur une escarre sacrée ne permet en aucun cas le relâchement d'un nursing intense pour prévenir la formation d'une nouvelle escarre chez le paraplégique. Ceci nous est arrivé une fois.

Nous n'avons jamais constaté de troubles fonctionnels chez les patients valides.

La personne la plus âgée que nous avons opérée dans notre service, avait 87 ans. La reprise de la marche lui a été possible au 8<sup>e</sup> jour avec une cicatricisation complète. (fig. 5 et 6)

Sur les 13 cas opérés, nous n'avons jamais observé de nécrose du lambeau.

## CONCLUSIONS

Le lambeau du grand fessier en VY a tous les avantages des lambeaux myocutanés mais c'est en plus un lambeau facile à disséquer et efficace dans le traitement des pertes de substance présacrées de petite ou de moyenne dimension.

Dans deux cas, une escarre de très grande dimension a été comblée par deux lambeaux du grand fessier en VY.

(fig. 7, 8 et 9)

L'avancement d'une partie ou de la quasi totalité du muscle ne semble pas provoquer de troubles de la statique ou de la marche dans les conditions courantes.

Outre la fiabilité de ce lambeau, il faut également souligner la facilité et la rapidité d'exécution en raison notamment du site donneur autofermant.

Ce lambeau constitue véritablement pour nous le procédé de choix pour la fermeture des escarres sacrées.

## RESUME

Les auteurs exposent leur expérience du traitement de l'escarre sacrée par lambeau myocutané du grand fessier avancé en îlot selon le principe de la plastie en VY et n'en déplorent aucun échec dans une série de 13 cas.

Par contre, ils notent une récurrence d'escarre par négligence de nursing et trois hématomes à la jonction des cicatrices de l'Y.

Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un procédé valable dans la fermeture des escarres sacrées.

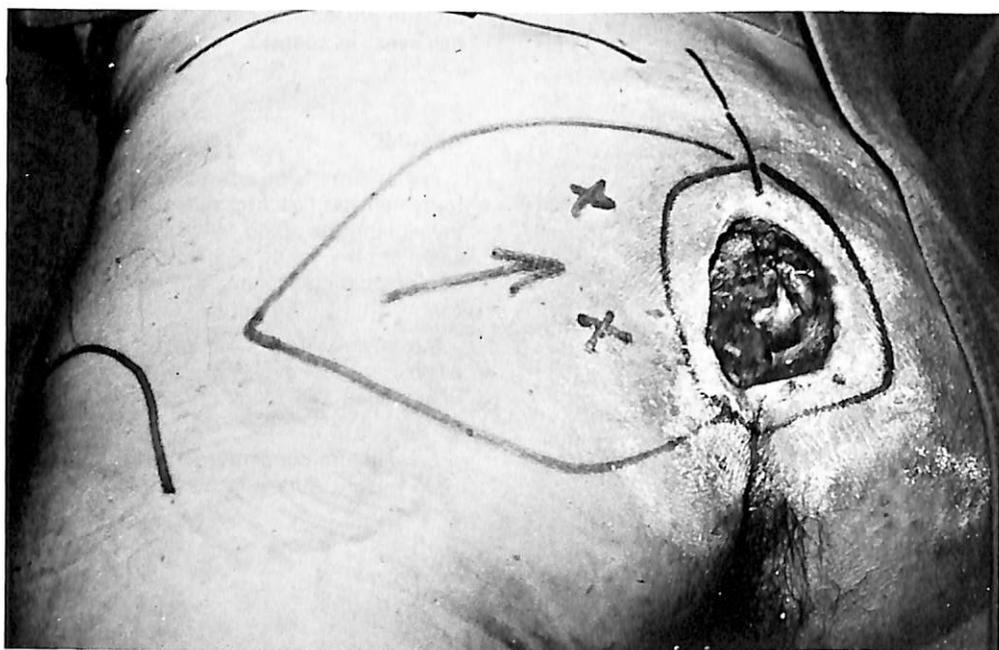
## SUMMARY

The authors present sacral sores treated by gluteus musculocutaneous unit advanced in a V-Y manner. Bilateral flaps were used to cover larger defects. No flap necrosis was observed in a series of 13 cases. One

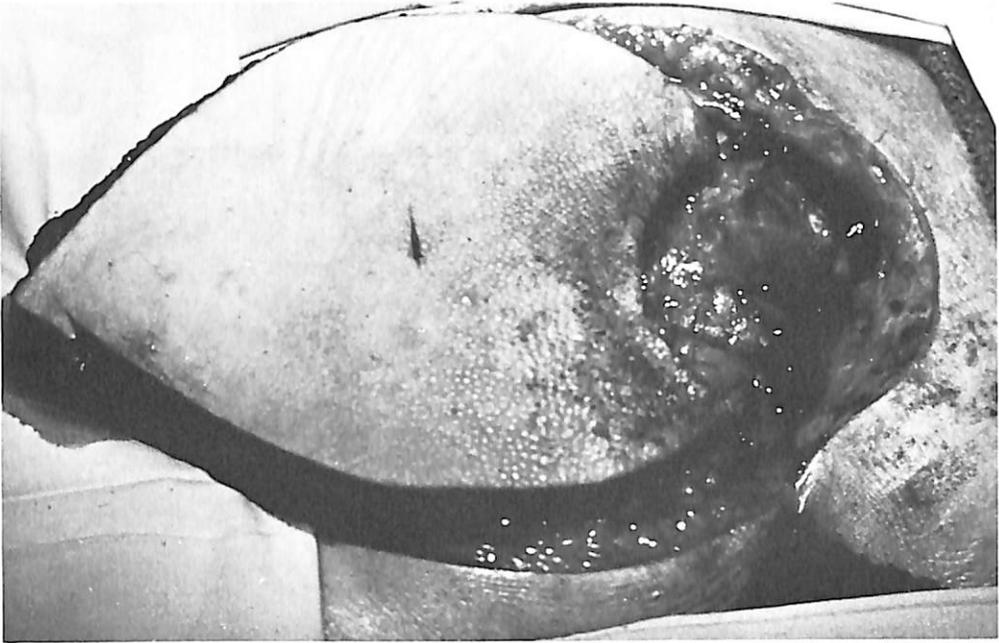
sore recurrency was due to a deficient nursing follow-up during the second post-operative week. Three partial disunions of donor defect were observed after hematomas. The eldest patient operated was 87 years old. No fonctionnal sequellae were found with this technique.

#### BIBLIOGRAPHIE

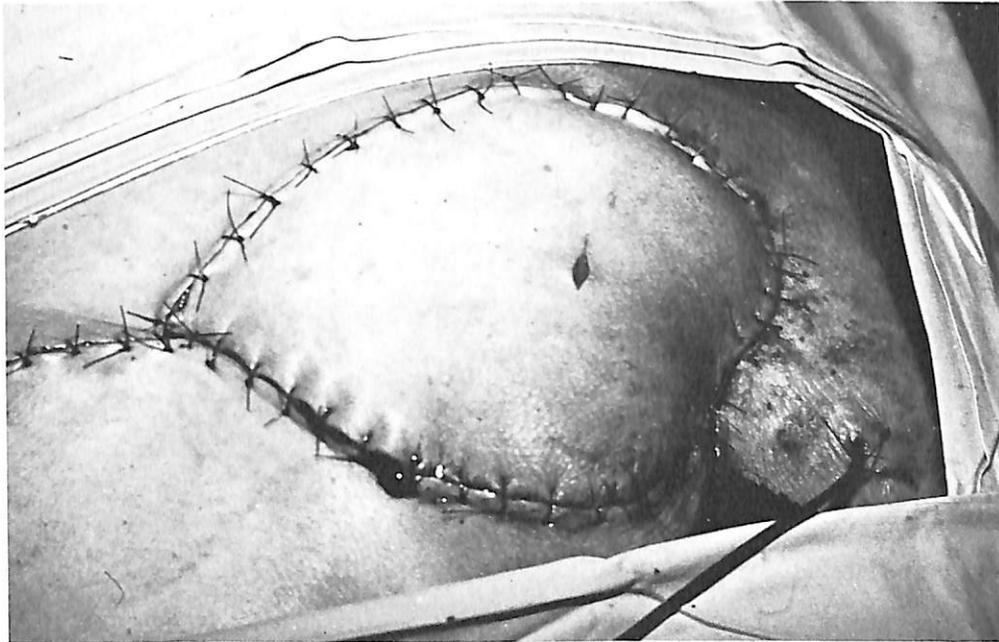
MATHES, S.J., NAHAI, F.: Clinical applications of muscle and musculocutaneous flaps.  
St-Louis, Toronto, London, 1982, Mosby Cie.



*FIG. 1: Repérage de la ligne dorsale médiane et dessin de la zone de parage; repérage du grand trochanter et dessin du lambeau; situation approximative des pédicules supérieur et inférieur à 4 travers de doigts, en dehors de la ligne médiane du sacrum à 2 cm au-dessus et en-dessous d'une ligne réunissant le milieu du sacrum au grand trochanter.*



*FIG. 2: Parage effectué, incision périphérique du lambeau et levée de la masse musculo-cutanée qui sera avancée en direction médiane.*



*FIG. 3: Mise en place du lambeau myocutané par avancement et fermeture directe par rapprochement des bords de la zone de prélèvement. Remarquez la scarrification cutanée pratiquée pour vérifier la bonne vascularisation du territoire cutané après mise en place définitive du lambeau.*



FIG. 4: Le muscle grand fessier est irrigué essentiellement par deux pédicules provenant de l'artère fessière supérieure et l'artère fessière inférieure. Remarquez le trajet du nerf sciatique. Généralement, la partie supérieure du muscle grand fessier avec son pédicule fessier supérieur est avancée. Si le prélèvement musculaire est plus large, les deux pédicules doivent être respectés.

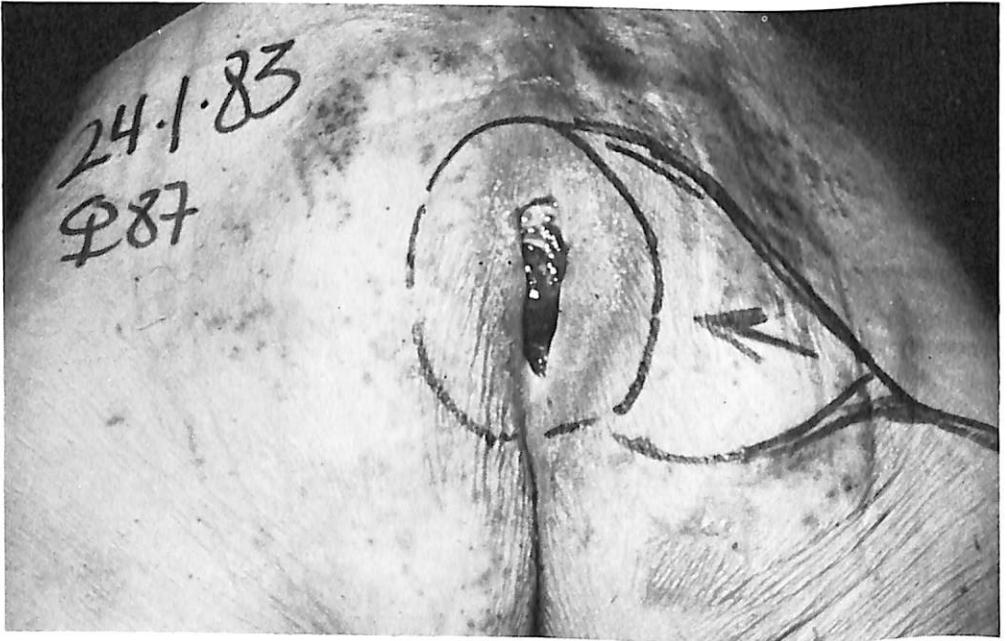
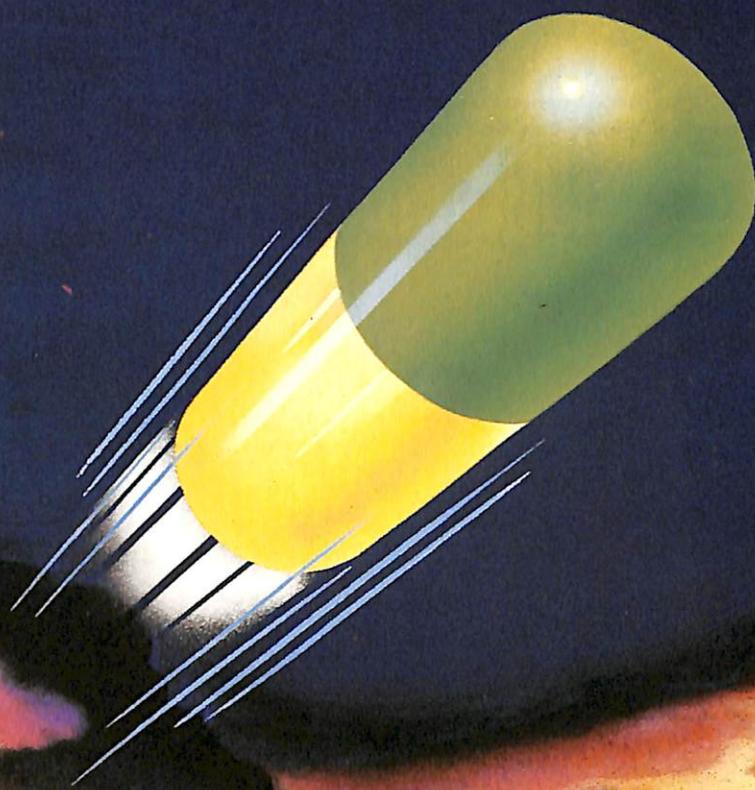


FIG. 5: Patient âgé de 87 ans avec escarre présacrée à large décollement sous-cutané, traitement par avancement en V-Y de la partie supérieure du muscle grand fessier sur le pédicule vasculaire fessier supérieur.

# Suprocil<sup>®</sup>

**NOUVEAU**



**ANALGESIE PAR EXCELLENCE  
RAPIDE ET EFFICACE**

# Suprociil<sup>®</sup>

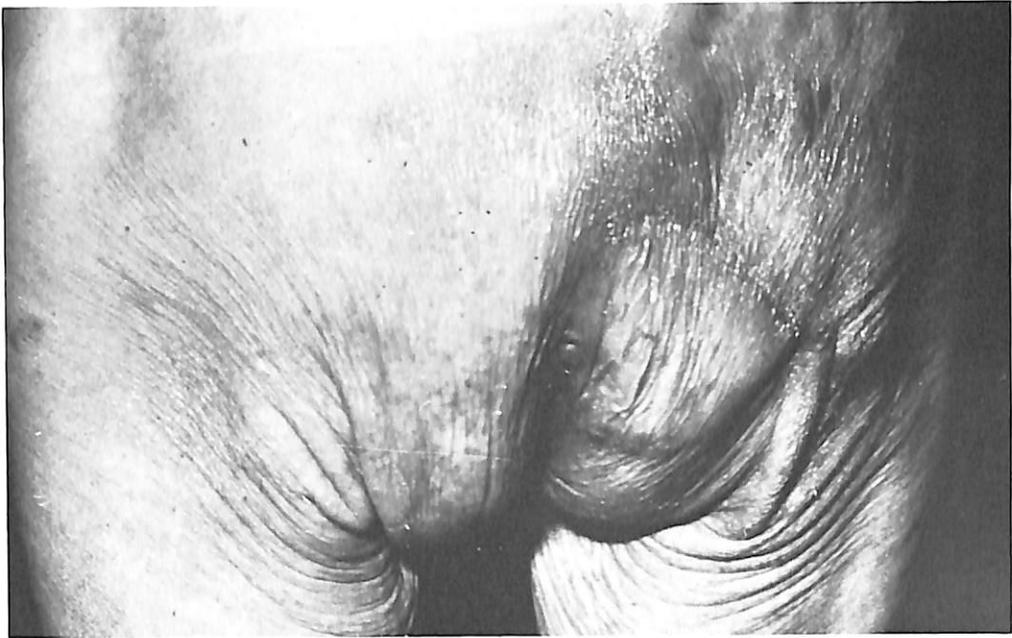
*analgésie par excellence*

**Composition:** Gélules à 100 mg et 200 mg de suprolène. **Indications thérapeutiques:** Suprociil est indiqué dans le traitement des douleurs légères à modérées, aiguës ou chroniques, quelle qu'en soit l'origine. 1. Douleurs aiguës: - Céphalées, algies dentaires, douleurs menstruelles, douleurs post-opératoires. 2. Douleurs chroniques: Maladies des muscles et des articulations des membres et de la colonne vertébrale, notamment arthrose, spondylose, lésions des disques intervertébraux, syndromes de la colonne cervicale et lombaire. 3. Inflammations d'origine traumatique: Contusions, entorses, foulures, luxations. **Contre-indications:** Suprociil est contre-indiqué chez les malades porteurs d'un ulcère gastrique et sera utilisé avec précaution chez les sujets présentant des antécédents d'ulcère gastrique. Suprociil est contre-indiqué chez les malades ayant présenté une allergie au produit, et sera administré avec précaution chez les malades allergiques à une substance voisine. **Mise en garde et précautions d'emploi:** Suprociil sera administré avec précaution chez les malades présentant des troubles de nature hémorragique ou une maladie gastro-intestinale. En cas d'administration conjointe de produits dont la tolérance gastrique est médiocre, tels que les anti-rhumatismaux, le malade devra faire l'objet d'une surveillance étroite. Les effets indésirables peuvent inclure une intolérance gastro-intestinale et/ou des hémorragies stomacales. Les troubles gastro-intestinaux sont moins fréquents si Suprociil est administré avant un repas. On a observé des effets indésirables, tels que des lourdeurs d'estomac, des nausées ou des vomissements, de la somnolence, des vertiges et des éruptions cutanées, mais ces effets ont rarement nécessité l'arrêt du traitement. Des phénomènes de rétention hydrique ont été rapportés; ceci doit être pris en considération dans le cas du traitement des malades présentant des antécédents de décompensation cardiaque. Aucun effet tératogène n'a été mis en évidence chez l'animal mais comme dans le cas de tout nouveau médicament, le risque éventuel lié à la prescription de Suprociil au cours de la grossesse doit être pondéré en fonction du bénéfice thérapeutique possible. La sécurité d'emploi au cours de la lactation n'a pas été établie. **Interactions:** Aucune interaction entre Suprociil et les anticoagulants oraux ou les antibiotiques chez les malades recevant ces produits. **Posologie:** La posologie sera adaptée en fonction de la nature de l'affection et des caractéristiques propres à chaque malade. Posologie recommandée chez l'adulte: dans les douleurs légères: 1 gélule Suprociil à 100 mg, trois fois par jour, ou quatre fois si nécessaire; dans les douleurs modérées: 1 gélule Suprociil à 200 mg trois fois par jour, ou quatre fois si nécessaire. Suprociil devra être pris avec un liquide, de préférence pendant les repas. Aucune donnée n'est disponible sur la posologie à utiliser chez l'enfant de moins de 12 ans. **Effets indésirables:** Suprociil est généralement bien toléré. On peut observer occasionnellement des troubles gastriques, des nausées et des vertiges, mais ces phénomènes sont généralement bénins et transitoires. On a observé de rares cas d'allergie cutanée. **Formules:** Suprociil 100 mg, suprolen 100,0 mg, lactosum, amyllum, talcum, magnesi stearas, polysorbatum 80, silici oxydum, indigolum, terri oxydum flav., titani dioxyl., gélatin. q. s. pro capsul. un. Suprociil 200 mg: suprolen 200,0 mg, lactosum, amyllum, polyvidonum, magnesi stearas, titani laurylsulfas, indigolum, terri oxydum flav., titani dioxyl., gélatin, q. s. pro capsul. un. **Présentations:** Boîte de 20 gélules à 100 mg. Boîte de 30 gélules à 200 mg.

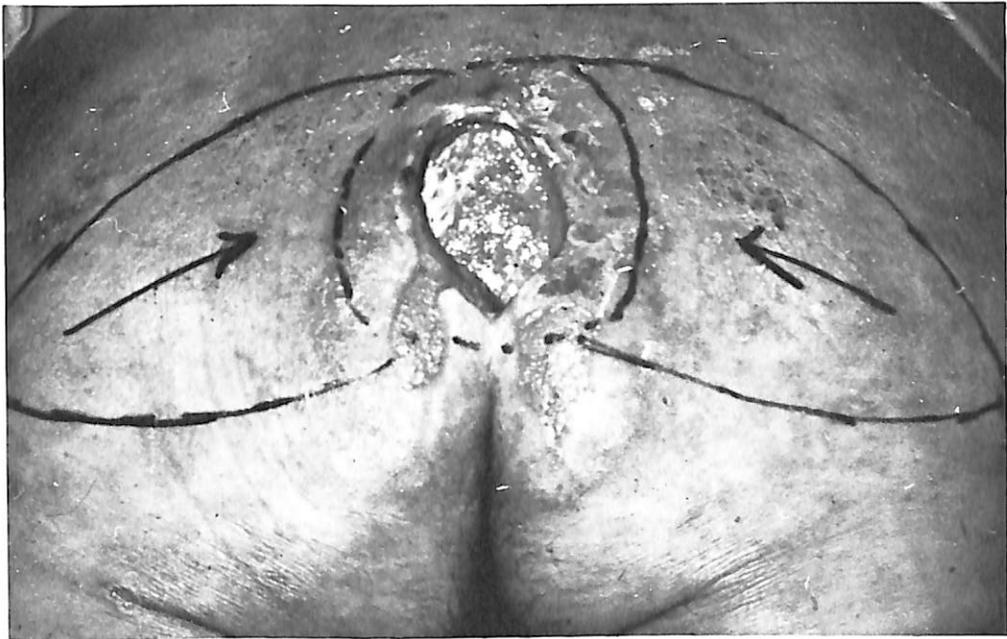


CILAG n.v./s.a.  
B-2410 Herentals  
Belgique

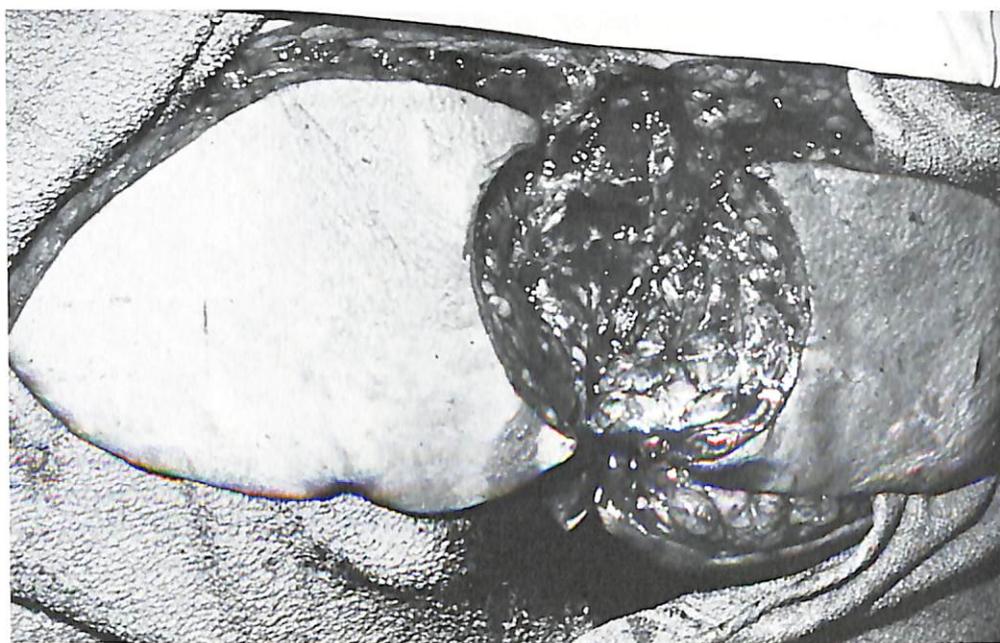
CILAG n.v./s.a.



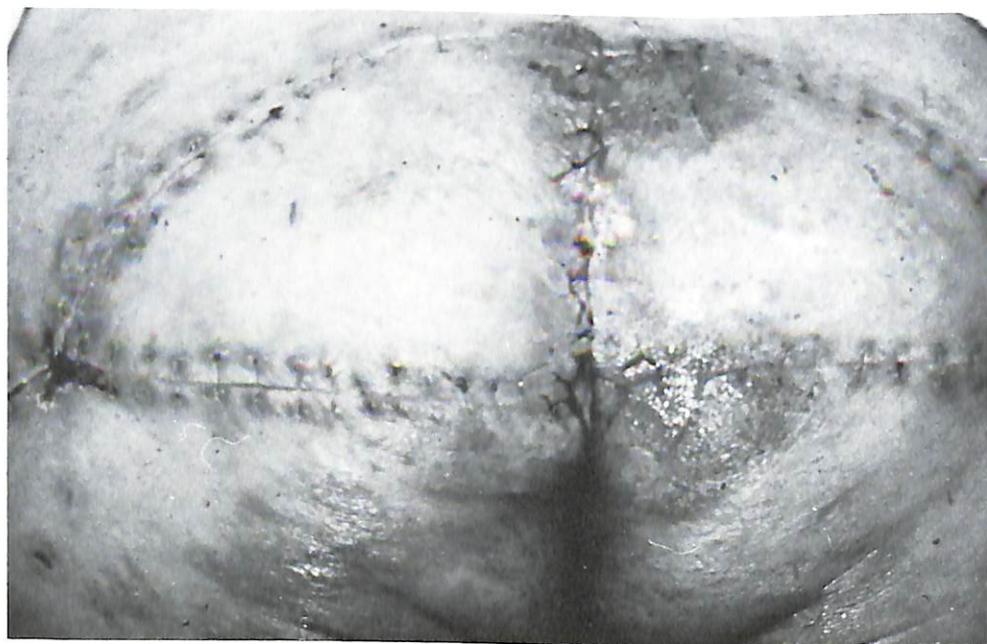
*FIG. 6: Même patient que figure 5, deux semaines après l'intervention. Reprise de la marche le 8<sup>e</sup> jour post-opératoire, guérison parfaite. Aucune séquelle fonctionnelle.*



*FIG. 7: Traitement d'une grande excarre pré-sacrée par double lambeau myo-cutané du grand fessier.*



*FIG. 8: Parage effectué et levée des deux lambeaux bien vascularisés par le pédicule supérieur.*



*FIG. 9: Mise en place des deux lambeaux par avancement sur l'escarre et suture sur la ligne médiane. 10<sup>e</sup> jour post-opératoire.*

**OFFICE and PRODUCTION:**

Rue de la Pastorale, 26-28  
Herdersliedstraat  
Bruxelles 1080 BRUSSEL  
02/5 22 18 28 (3 lignes - 3 lijnen)

**RESEARCH AND DEVELOPMENT:**

Ch. de Ninove, 517  
Ninoofsesteenweg  
Bruxelles 1080 BRUSSEL  
02/5 22 17 99

**ACATAR**  
sirop - siroop  
suppo 1 g - 2 g

**A.D. CURE**  
ampoules - solution  
ampullen - oplossing

**AFEBRYL**  
comprimés effervescents  
bruistabletten

**NEO-GOLASEPTINE**  
spray - collutoire  
spray - oplossing

**TRANSITYL**  
biscuits - comprimés  
biscuiten - kauwtabletten

**BEFACT FORTE**  
dragées - dragees

**PROCTYL**  
pommade - suppo  
zalf - suppo

**DOLCIDIUM**  
100 mg

**THEO 2 (Lab. GALEPHAR)**  
gétules 150 mg  
250 mg  
kapsels 350 mg  
suppo 400 mg

**MEMOXY**  
1 mg

*Blocs personnalisés / corps médical  
Boekjes op naam / Medisch korps*

Editions **JONAS** Uitgeverij

Rue de la Pastorale 26-28 Herdersliedstraat Bruxelles 1080 Brussel

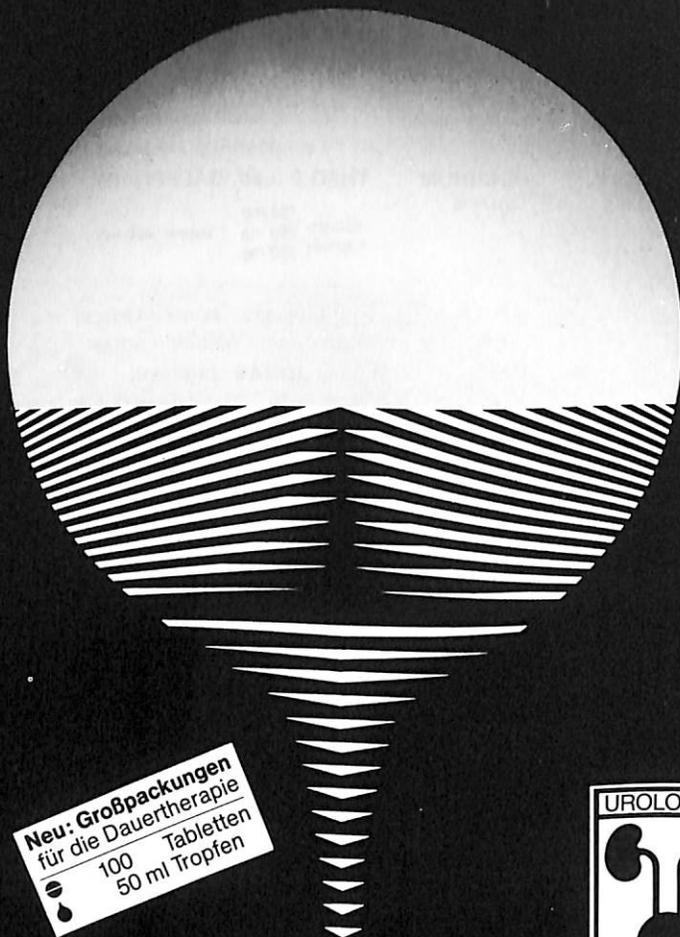
**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: Trockenextrakt aus Radix Scopoliae carniolicae 20 mg, standardisiert auf 1,0 Gew.-% Solanaceengesamtaalkaloide, Äthylpapaverin-Hydrochlorid 10 mg, 1 ml (30 Tropfen) enthält: Fluidextrakt aus Radix Scopoliae carniolicae 100 mg, bereitet mit 40%igem Äthanol (g/g) und standardisiert auf 0,4 Gew.-% Solanaceengesamtaalkaloide, Äthylpapaverin-Hydrochlorid 20 mg. **Indikationen:** Schmerzhaft, spastische Miktionsstörungen bei Cystitis, Urethritis, Prostatitis, nach Instillationen, Katheterisierung, nach diagnostischen und operativen Eingriffen. **Kontraindikationen:** Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zu Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachykardie, Megacolon, schwere Cerebralsklerose. **Nebenwirkung:** Gelegentliches Trockenheitsgefühl im Mund. LUDWIG HEUMANN & CO. GMBH · NÜRNBERG

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Packung mit 20 ml Tropfen 10,45 DM, Packung mit 50 ml Tropfen 22,50 DM, Packung mit 100 Tabletten 29,30 DM, Anstaltspackungen. **Hinweise:** Obwohl keinerlei Hinweise auf eine keim-schädigende Wirkung von Olren® vorliegen, ist die Verordung in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten sorgfältig abzuwägen. Auch bei bestmöglicherm Gebrauch kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigt sein, besonders im Zusammenhang mit Alkohol.

Schmerzhafte Miktion?

# Olren®

**löst die krampfartigen Schmerzen  
verhindert den Harndrang  
senkt die Miktionsfrequenz**



**Neu: Großpackungen**  
für die Dauertherapie  
100 Tabletten  
50 ml Tropfen



Littérature et échantillons: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A., Luxembourg

# Parasites Eucariotes Intestinaux au Luxembourg

## – Déclin, Eradication et Perspectives d'Avenir –

par

**E. Fox, C. Liesch et  
F. Schneider**

Département de Microbiologie,  
Laboratoire National de Santé,  
Luxembourg.

Correspondance à adresser au  
Dr Schneider  
LNS, 42, rue du Laboratoire  
Boîte postale 1102  
L-1011 Luxembourg

### Introduction

Le PAPHYRUS D'EBERS, qui date de plus de 3300 ans, constitue le premier témoignage historique qui ait reconnu certains vers intestinaux comme pouvant être potentiellement pathogènes pour le tube digestif humain<sup>(1)</sup>. L'étude méthodique de ces vers en médecine – l'helminthologie – n'est cependant devenue une discipline scientifique moderne que bien plus récemment<sup>(2)</sup>. Ainsi, le cycle complet du taenia n'est décrit qu'en 1845 par Dujardin et la migration pulmonaire des larves d'ascaris n'est élucidée qu'en 1921 par Koïno<sup>(3)</sup>. Et ce sera seulement l'année 1951 qui verra l'introduction à large échelle du premier traitement antihelminthique efficace, les sels de pipérazine<sup>(4)</sup>. Pas plus de 33 années se sont donc écoulées depuis la naissance de la première arme thérapeutique efficace contre les vers intestinaux humains!

Aussi nous sommes-nous interrogés où pourrait alors se situer le niveau de l'infestation parasitaire de l'intestin luxembourgeois après ces 33 années, c'est-à-dire aujourd'hui, en 1984? Nous avons essayé de répondre à cette question en étudiant l'évolution de l'incidence du parasitisme intestinal au Grand-Duché de Luxembourg depuis janvier 1977 jusqu'à décembre 1983. Nos résultats sont clairs et montrent que le nombre absolu de nouveaux cas de parasites intestinaux diminue progressivement depuis ces dernières années et ceci de façon linéaire continue. Il nous paraît alors permis de proposer pour un très proche avenir l'espoir de l'éradication complète des parasites autochtones de l'intestin humain au Luxembourg.

### Méthodes

Le Laboratoire National de Santé (LNS) est un institut étatique qui reçoit des demandes d'examens biologiques envoyées de toutes les régions du Grand-Duché de Luxembourg. La recherche de parasites intestinaux est pratiquée de routine au département de

microbiologie. Les résultats de tous les examens parasitologiques des selles effectués entre janvier 77 et décembre 83 ont été revus de façon systématique en décembre 83.

La technique utilisée pour l'examen parasitologique des selles a varié considérablement au cours des 7 années étudiées. De 77 à 79 et de 81 à septembre 83 les selles furent examinées au microscope optique à frais et après coloration à l'iode. De 79 à 80 fut ajoutée la méthode de concentration des selles au merthiolate-iode-formol (MIF)<sup>(5)</sup>. Enfin pendant les 3 derniers mois de 1983 l'examen associait systématiquement un examen à frais et un examen après coloration à l'iode d'une préparation de selles concentrées selon la méthode de Ritchie, modifiée par Ridley<sup>(6)</sup> (concentration par le formol et l'éther). Fut ajouté l'examen d'une préparation de selles concentrées et colorées selon la méthode de Ziehl-Neelson, si l'examen direct montrait la présence d'éléments ovoïdes eucaryotes de diamètre inférieur à 10 microns et qui évoquaient la possibilité de pouvoir être des cryptosporidies<sup>(7)</sup>. Toutes ces lames furent examinées au microscope optique (Leitz, Wetzlar) aux agrandissements 100, 250 et 400 par l'un des auteurs, qui a une formation poussée en parasitologie humaine. Des méthodes mathématiques courantes<sup>(8)</sup> furent utilisées pour analyser statistiquement les résultats concernant les 3 groupes de parasites intestinaux les plus souvent diagnostiqués et que nous avons définis pour cette étude comme suit: le groupe des nématodes (ou vers ronds) comportant *Ascaris lumbricoïdes* et *Trichocephalus trichiurus*; le groupe des cestodes (ou vers plats segmentés), comportant uniquement *Taenia saginata*; le groupe des protozoaires intestinaux potentiellement pathogènes, comportant *Entamoeba histolytica* et *Giardia intestinalis*.

Les oxyures (*Enterobius vermicularis*) ont été exclus de cette étude, puisque leur recherche se fait selon une technique particulière (Tapetest) et que leur épidémiologie est étudiée au mieux par des investigations prospectives<sup>(2)</sup>.

## RESULTATS

### 1) résultats parasitologiques

6330 examens parasitologiques des selles ont été pratiqués au LNS pendant les 7 années d'étude (1977 à 83). La moyenne annuelle de ces

demandes d'examen est de  $904,3 \pm 93,9$  (moyenne arithmétique  $\pm$  déviation standard au risque d'erreur de 5%) tandis que la moyenne mensuelle est de  $75,4 \pm 28,5$  examens. Ces répartitions annuelle et mensuelle sont absolument homogènes, et aucune variation significative n'est à noter en ce qui concerne le nombre absolu de demandes d'examens parasitologiques des selles par mois et par an. Par contre, pour ce qui est des examens effectivement positifs (voir tableaux 1 et 2) leur pourcentage varie considérablement pendant ces 7 années, puisqu'il diminue progressivement de 7,7% en 1977 à 2,3% en 1983. Parallèlement les nombres absolus de cestodes et de nématodes trouvés dans les selles pendant une année diminuent également au fil de ces 7 années et ceci d'une manière progressivement continue caractérisée par une corrélation linéaire très hautement significative (coefficient de corrélation linéaire  $r < -0,9$ ). Par contre, le nombre absolu de protozoaires pathogènes semble augmenter légèrement depuis 1981. Enfin, aucune cryptosporidie n'a été diagnostiquée après lecture d'une trentaine d'échantillons examinés pendant les derniers 3 mois de 1983. Les résultats annuels de notre survol sont montrés au tableau 2 et illustrés par les figures 1 et 2. Les parts respectives des luxembourgeois indigènes et des travailleurs immigrés trouvés positifs pour chaque groupe de parasites diagnostiqués sont également montrés au tableau 1, tandis que la figure 3 illustre le nombre cumulatif de parasites trouvés dans les selles en fonction du mois de l'année. Aucune variation mensuelle n'est à noter pour le groupe des cestodes, tandis que le nombre mensuel de protozoaires pathogènes culmine pendant le mois de septembre et celui des nématodes pendant le mois de mars.

### 2) aspects économiques et analyse du rendement (analyse coût-efficacité) de l'examen parasitologique des selles.

Admettant qu'un technicien nécessite une vingtaine de minutes pour examiner à fond une selle adressée au LNS pour recherche de parasites, nous pouvons aisément calculer qu'en moyenne il lui aura fallu travailler 4,3 heures pour trouver un résultat positif en 1977 contre 14,1 heures en 1983 (augmentation de 288% en 7 années (voir tableau 2 et figure 4). L'équation déduite de cette corrélation linéaire est très hautement significative ( $r = + 0,97$ ) et permet de prédire que notre

# Hochkalorisch. In Fusion.



## aminomel L 10 o. KH salvia und Kalorische Elektrolytlösung G 24% salvia



### aminomel® L 10 o. KH salvia

pH-Wert:	7,4 ± 0,2
Titrationssäuretitrität: max ± 3 mval/l, bezogen auf Blut-pH-Wert	
E/T-Quotient:	2,9
<b>Zusammensetzung:</b>	
L-Isoleucin	4,75 g/l
L-Leucin	7,25 g/l
L-Lysin-Hydrochlorid*	8,50 g/l
L-Methionin	6,00 g/l
L-Phenylalanin	8,50 g/l
L-Threonin	4,00 g/l
L-Tryptophan	1,75 g/l
L-Valin	5,60 g/l
L-Arginin	11,50 g/l
L-Histidin	2,75 g/l
L-Alanin	12,50 g/l
L-Glutaminsäure	2,50 g/l
Aminosäure (Glycin)	5,50 g/l
L-Prolin	15,00 g/l
L-Ornithin-L-Aspartat	2,50 g/l
L-Serin	3,00 g/l
Gesamt-N	15,50 g/l
Elektrolyte	
Na <sup>+</sup>	35 mmol/l
K <sup>+</sup>	30 mmol/l
Mg <sup>++</sup>	2,5 mmol/l
Cl <sup>-</sup>	77 mmol/l

Acetal <sup>-</sup>	5 mmol/l
Malat <sup>-</sup>	39 mmol/l
* entspricht L-Lysin-Base 6,80 g/l	

**Indikationen:** Partielle parenterale Ernährung und Flüssigkeitszufuhr.

**Kontraindikationen:** Aminosäuren-Stoffwechselstörungen, dekompensierte Herzinsuffizienz, Hyperhydratationszustände, Hyperkaliämie, fortgeschrittene Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz.

**Boehringer Mannheim GmbH, 6800 Mannheim 31**

**Hinweise:** Um eine optimale Verwertung der zugeführten Aminosäuren im Eiweißbaustoffwechsel zu erreichen, sollte aminomel L 10 o. KH salvia möglichst im Zwillingsgerät zusammen mit einer Kohlenhydratlösung infundiert werden. Kontrollen des Serum-Ionogramms und der Wasserbilanz sind erforderlich.

**Anwendung:** Intravenöse Dauertropfinfusion.  
**Dosierung:** Dauertropf max. 1,5 ml/kg KG und h. i. v. (bzw. max. 30 Tropfen/min) bis zu 1000 ml/Tag bei Erwachsenen.  
**Für die Verordung:** AP 10 Flaschen mit 500 ml, 6 Flaschen mit 1000 ml.

### Kalorische Elektrolytlösung G 24% salvia

<b>Energiewerte:</b> 4080 kJ (960 kcal) pro Liter.	
<b>Zusammensetzung:</b>	
Kohlenhydrat	240 g/l
Glucose	

Elektrolyte	mmol/l	mval/l
Na <sup>+</sup>	50	50
K <sup>+</sup>	30	30
Mg <sup>++</sup>	2,5	5
Cl <sup>-</sup>	67	67
H <sub>2</sub> PO <sub>4</sub> <sup>-</sup>	18	18
Säureelement Zinkacetat	10 mg/l	

**Indikationen:** Deckung des Energie- und Elektrolytbedarfs im Rahmen der partiellen und kompletten parenteralen Ernährung.

**Kontraindikationen:** Azidose, Diabetes mellitus, Hyperhydratationszustände, Hyperkaliämie, hyperosmolares Koma, Niereninsuffizienz, unbehandelter Schock.

**Boehringer Mannheim GmbH, 6800 Mannheim 31**

**Hinweise:** Es wird empfohlen, im Rahmen der kompletten parenteralen Ernährung, die Kalorische Elektrolytlösung G 24% salvia zusammen mit aminomel L 8 o. KH salvia bzw. aminomel L 10 o. KH salvia im Volumenverhältnis 2 : 1 über ein Zwillingsgerät zu infundieren. Die hohe Osmolarität der Lösung erfordert die Zufuhr über einen Venenkatheter.

Kontrollen des Serum-Ionogramms, der Blutglucosekonzentration und der Wasserbilanz sind erforderlich.

**Anwendung:** Intravenöse Dauertropfinfusion.  
**Dosierung:** Dauertropf max. 2 ml/kg KG und h. i. v. (bzw. max. 40 Tropfen/min) bis zu 2000 ml/Tag bei Erwachsenen (bzw. max. 30 ml/kg KG und Tag).  
**Für die Verordung:** AP 10 Flaschen mit 500 ml, AP 6 Flaschen mit 1000 ml.

# Das komplette enterale Ernährungssystem über eine Dünndarmsonde



Salvia-Werk GmbH  
Fabrikstraße 51  
D-6650 Homburg/Saar  
Tel. 06841/7030



technicien devra travailler plus de 40 heures pour trouver un parasite intestinal en l'an 2000, dans le cas où la politique actuelle des demandes d'examens parasitologiques des selles serait continuée inchangée dans les années à venir.

Pendant les 7 dernières années les techniciens du LNS ont dû travailler 21 10 heures pour examiner les 6330 échantillons de selles en quête de parasites eucaryotes. Admettant qu'un mois comporte 173 heures de travail, il aura donc fallu l'équivalent de plus d'une année de travail continu pour examiner tous les échantillons envoyés. Comme l'Etat paie un laborantin environ 80.000 francs par mois et comme les Caisses de maladie remboursent 63 francs par examen parasitologique des selles, nous pouvons déduire le schéma suivant résumant le rendement de ce service diagnostique rendu par le LNS à la population luxembourgeoise:

En 7 ans: 1) L'Etat luxembourgeois a investi au moins 1 million de francs dans la recherche de parasites intestinaux (12,2 x 80.000), prix d'équipement et de réactifs exclus.

2) L'Etat a perdu directement au moins 600.000 francs, puisque seulement 400.000 francs (6330 fois 63) ont été remboursés au LNS par les Caisses de maladie, lesquelles ont perdu 380.000 francs à leur tour (investissement dans les résultats négatifs).

3) Moins de 2% de l'argent dépensé (275 fois 63 francs sur 1 million de francs) aura donc été investi dans les examens effectivement positifs.

4) Comme sur les 275 parasites trouvés, pas plus de 10 appartenaient à des espèces pathogènes nécessitant un traitement adapté et réfléchi, nous déduirons qu'avec 100.000 francs par résultat positif pertinent, la recherche de parasites intestinaux pathogènes doit se situer parmi les examens paracliniques au plus faible rendement qui soit possible en médecine humaine au Luxembourg en 1984.

## DISCUSSION

33 ans après l'introduction du premier médicament efficace dans le traitement des parasitoses intestinales, l'éradication des 3 espèces d'helminthes intestinaux humains les plus importants au Luxembourg semble à portée de main. Fin

1985 devrait voir les derniers diagnostics de taenias, tandis que les nématodes devraient déjà être une trouvaille exceptionnelle en 1984. La plupart des vers intestinaux qui seront d'ailleurs diagnostiqués dans les années à venir au Luxembourg seront très probablement des vers adultes mourant de leur propre âge et ne nécessitant donc aucune thérapeutique spécifique. En plus, la dernière transmission d'helminthes à l'homme survenue dans une communauté indigène au Luxembourg doit avoir eu lieu bien avant le début de notre étude en janvier 77, d'après ce que nous est suggéré par la linéarité très significative de la décroissance du parasitisme intestinal dans notre population pendant ces 7 dernières années. Cette supposition semble d'ailleurs admirablement soutenue par l'analyse mathématique qui résume nos résultats. En effet, puisque la valeur de 'b' dans l'équation d'une droite ( $y = a + bx$ ) est proportionnelle à l'inclinaison de cette droite, le rapport des 2 valeurs de 'b' pour nos 2 groupes d'helminthes devrait dans notre cas être proportionnel à l'inverse du rapport des survies physiologiques de ces 2 mêmes groupes de vers adultes dans leur environnement naturel, c.-à-d. la lumière intestinale humaine. Or,

$$\frac{\text{'b' nématodes}}{\text{'b' cestodes}} = \frac{-8}{-1,9} = 4,5 \approx \frac{10-15}{2-3} = \frac{\text{longévité des cestodes en années}}{\text{longévité des nématodes en années}}$$

Admettant que le dernier taenia sera trouvé fin 85, nous pouvons déduire que la dernière transmission de ce ver doit avoir eu lieu aux alentours de 1970, date à partir de laquelle le contrôle vétérinaire des viandes et le traitement des eaux d'égoût doit avoir atteint une telle excellence que toute nouvelle infestation cestodique est devenue impossible. Pour ce qui en est des nématodes, nous pensons également que le traitement des eaux au Luxembourg doit avoir été une barrière efficace contre la transmission interhumaine de ces vers, et que la décroissance de ce groupe de vers diagnostiqués avant tout dans la population immigrée au Luxembourg depuis le Portugal, doit refléter en fait la diminution progressive du nombre annuel de travailleurs nouvellement immigrés depuis ce pays méditerranéen.

En résumé donc, notre analyse de l'incidence décroissante du parasitisme intestinal humain au Luxembourg permet de prévoir que dans un très proche avenir, l'examen parasitologique des

selles en tant qu'examen paraclinique de débrouillage devant des symptômes abdominaux aspécifiques deviendra un examen trop coûteux et au rendement trop maigre pour être continué à être pratiqué de routine par les laboratoires de diagnostic médical au Luxembourg. Aussi tenons-nous à proposer aux médecins-traitants de réserver leurs demandes de recherches de parasites intestinaux aux seules situations cliniques précises qui évoquent fortement l'éventualité d'une vraie parasitose intestinale. Nous proposons une liste succincte de telles situations cliniques dans le tableau 3.

Comme les ressources humaines, matérielles, spatiales et temporelles sont limitées en médecine<sup>(9)</sup>, leur allocation pourra alors être envisagée à des examens plus pertinents et au rendement plus acceptable que l'examen parasitologique des selles. Enfin, au LNS reviendra la tâche de surveiller de près la dynamique de l'incidence du parasitisme eucaryote intestinal au Luxembourg, afin de prévoir la prise de mesures adaptées devant toute variation de l'épidémiologie de ce versant parasitaire de la pathologie infectieuse digestive.

#### REFERENCES

- 1 - Foster W.D.  
A history of parasitology. Livingstone: Edinburgh and London; 1965.
- 2 - Muller R.  
Worms and disease. William Heinemann Medical Books: London; 1975.
- 3 - Hoeppli R.  
Parasites and parasitic infections in early medicine and science. University of Malaya Press: Singapore; 1959.
- 4 - Manson-Bahr PEC, and Apter FIC.  
Manson's tropical diseases (18<sup>th</sup> ed). Baillière, Tindall: London; 1982.
- 5 - Manet L., et Savel J.  
Techniques usuelles de biologie clinique: Parasitologie. Flammarion Médecine-Sciences: Paris; 1971.
- 6 - Ridley DS, and Howgood BC.  
The value of formol-ether concentration of faecal cysts and ova. *J Clin Path.* 1956; 9: 14-76.
- 7 - Jokipii L., Pohyola S., and Jokipii AMM.  
Cryptosporidium: a frequent finding in patients with gastrointestinal symptoms. *Lancet.* 1983; 2 (8346): 358-61.
- 8 - Armitage P.  
Statistical methods in medical research. Blackwell Scientific Publications: Oxford and London; 1971.
- 9 - Fuchs VR.  
What is CBA/CEA, and why are they doing this to us. *N Engl J Med.* 1980; 303: 937-8.

Nombre total des demandes d'examen parasitologique des selles pendant 7 ans	6330
Nombre total de parasites trouvés	275
dont pour le groupe des cestodes	77
pour le groupe des nématodes	168
pour le groupe des protozoaires pathogènes	21
Pourcentage de patients luxembourgeois infestés par des parasites	
du groupe des cestodes	77%
du groupe des protozoaires pathogènes	71%
du groupe des nématodes	16%
Pourcentage de patients portugais infestés par des parasites	
du groupe des nématodes	76%
du groupe des nématodes pendant les mois de mars	81%

**Tableau 1:**

7 années d'examens parasitologiques des selles au LNS: Résumé cumulatif des résultats positifs et analyse ethnique des patients infesté par les 3 groupes de parasites étudiés (Voir 'Méthodes' pour la définition de ces groupes).

	ANNÉE							Remarque statistique
	77	78	79	80	81	82	83	
Nombre annuel de demandes d'examen parasitologique des selles	891	835	990	897	936	889	892	$\bar{m} = 904 \pm 93$
Moyenne mensuelle de demandes d'examen parasitologique des selles (moyenne $\pm$ déviation standard)	$74 \pm 33$	$70 \pm 22$	$82 \pm 25$	$75 \pm 32$	$78 \pm 33$	$74 \pm 26$	$74 \pm 29$	$\bar{m} = 75 \pm 7$
Pourcentage des résultats positifs	7,7	4,8	5,8	4,0	3,1	2,6	2,3	$r = -0,9265$
Nombre absolu annuel de cestodes trouvés	16	14	15	11	10	8	4	$r = -0,9599$
Nombre absolu annuel de nématodes trouvés	51	31	41	24	12	4	4	$r = -0,9440$
Temps moyen nécessaire pour trouver 1 résultat positif (en heures)	4,3	6,9	5,8	8,3	10,7	12,9	14,1	$r = +0,9692$

**Tableau 2:**

7 années d'examens parasitologiques de selles au LNS.

Résumé des résultats positifs par année d'étude. Malgré la constance du nombre absolu des demandes par an et par mois de cet examen de routine, les résultats effectivement positifs diminuent linéairement, et le temps mis pour trouver un résultat positif augmente linéairement. « $\bar{m}$ » veut dire moyenne arithmétique sur 7 années; les coefficients de corrélation linéaire  $r$  sont très proches de + ou - 1, suggérant ainsi que les corrélations linéaires sont très hautement significatives.

Présentation clinique	Parasite intestinal suspecté	Examen paraclinique à demander
Prurit anal chez l'enfant	<i>Enterobius vermicularis</i> (oxyures)	Tape-test, région anale.
Dysentérie vraie chez le voyageur	<i>Entamoeba histolytica</i> (amibes)	Examen à frais au microscope optique de selles émises au laboratoire.
Malabsorption digestive	<i>Giardia intestinalis</i> (lamblias)	Concentration de selles, ou mieux examen de liquide duodénal (string-test).
Hyperéosinophilie, manifestations allergiques chez le voyageur	Nématodes intestinaux, surtout <i>Strongyloïdes stercoralis</i> et cestodes intestinaux	Concentration de selles et examen à frais des selles ou du liquide duodénal.
Par contre: Symptômes abdominaux non spécifiques chez le luxembourgeois indigène et chez le travailleur immigré	pas de parasitose intestinale suspecte à priori	Pas d'indication d'examen parasitologique des selles comme examen de débrouillage.

**Tableau 3:**

Conditions cliniques nécessitant une recherche de parasites dans les selles et techniques à utiliser pour maximiser les chances d'obtenir un résultat valable.

issu de notre recherche

# Persantine®

dipyridamole



**Boehringer  
Ingelheim**



n.v. Boehringer Ingelheim s.a.  
rue du Collège St-Michel 17  
1150 Bruxelles

# Persantine®

## Propriétés

- a) La Persantine accroît le débit coronarien, en dilatant les petites artères et les artérioles du myocarde, sans en accroître la consommation d'oxygène.

Démonstré chez l'animal et confirmé dans quelques études chez l'homme, cet effet apparaît lié à une augmentation des taux extracellulaires d'adénosine, dont la Persantine inhibe le captage cellulaire.

De plus, il a été établi chez l'animal que l'administration chronique de Persantine stimule le développement de la circulation collatérale en induisant une néoformation vasculaire. Elle préserve, en outre, les substrats énergétiques et influence favorablement le métabolisme de la cellule myocardique.

- b) La Persantine exerce également un effet antithrombotique en interférant avec la fonction plaquettaire, par des mécanismes complexes. La Persantine utilisée seule ou en association à l'acide acétylsalicylique peut accroître la survie plaquettaire lorsque celle-ci est réduite, diminuer l'adhésion et l'agrégation plaquettaires et inhiber la libération par les plaquettes de diverses substances vaso-actives.

L'effet pharmacologique le plus probablement impliqué dans le mécanisme de l'action anti-agrégante de la Persantine réside dans l'inhibition des phosphodiesterases plaquettaires, ce qui se traduit par une élévation de l'AMP cyclique intra-plaquettaire.

En outre, l'inhibition du captage de l'adénosine peut également jouer un rôle à cet égard, dans la mesure où l'adénosine exerce non seulement un effet vasodilatateur, mais également inhibiteur de l'agrégation plaquettaire.

Enfin, des études récentes ont mis en lumière l'existence d'interactions diverses entre la Persantine et certains métabolites des prostaglandines : la Persantine apparaît potentialiser les effets de la prostacycline et stimuler la biosynthèse de la prostacycline endogène ; elle pourrait également exercer un effet complémentaire en diminuant la biosynthèse de thromboxane plaquettaire. Par ces divers effets, la balance prostacycline / thromboxane serait ainsi orientée dans le sens d'un renforcement des mécanismes de défense vis-à-vis de l'agrégation plaquettaire et de la thrombose. Une corrélation stricte entre ces effets pharmacologiques et l'action antithrombotique chez l'animal n'a toutefois pas encore été démontrée expérimentalement.

## Indications

- La Persantine est utilisable comme traitement chronique d'apoint de l'angine de poitrine.
- Chez les porteurs de prothèses valvulaires, une meilleure prévention des accidents thrombo-emboliques est assurée par l'adjonction de Persantine aux anticoagulants oraux.
- Il a été démontré que l'association de la Persantine à l'acide acétylsalicylique réduit l'incidence des oblitérations des pontages aortocoronariens durant les six premiers mois. Il est recommandé d'administrer la Persantine dès la période pré- et périopératoire.
- Certains résultats récents, observés en chirurgie vasculaire périphérique et cérébrale, suggèrent que l'association de Persantine à l'acide acétylsalicylique peut également contribuer au maintien de la perméabilité vasculaire après endartériectomie, angioplastie transluminale ou mise en place de pontages, particulièrement à l'aide de prothèses artificielles.
- Certaines observations cliniques suggèrent que l'adjonction de Persantine aux traitements conventionnels peut s'avérer utile dans diverses néphropathies (syndrome néphrotique, glomérulonéphrites) et microangiopathies thrombotiques (purpura thrombotique thrombocytopenique, syndrome hémolytique urémique).

## Effets secondaires

- Au début du traitement et à posologie élevée, on peut parfois observer des céphalées, habituellement transitoires, qui cèdent par réduction de la posologie ; celle-ci peut généralement être rétablie sans réapparition des céphalées.
- Des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, douleurs gastriques, dyspepsie, diarrhée) sont parfois observés.
- Exceptionnellement, on a signalé des palpitations, une bradycardie, des bouffées de chaleur, de la congestion nasale, des vertiges et des lithyrmies.
- Une symptomatologie de type angineux peut apparaître après injection i.v. rapide ; elle est liée à l'existence de taux plasmatiques supratherapeutiques et cède immédiatement à l'administration i.v. d'aminophylline.

Elle est observée quasi exclusivement en cas d'utilisation à des fins diagnostiques (p. ex. lorsque la Persantine est utilisée pour remplacer l'épreuve d'effort dans la mise en évidence de défauts de perfusion par la scintigraphie myocardique au thallium), c'est-à-dire dans des conditions extra-thérapeutiques, et n'a pratiquement jamais été documentée en administration orale.

## Contre-indication

Il n'y a pas de contre-indication spécifique à l'usage de la Persantine.

## Interactions médicamenteuses

L'expérience clinique montre que la Persantine ne potentialise pas les risques hémorragiques liés à l'utilisation des anticoagulants oraux et peut dès lors leur être associée sans modification de leur posologie.

La Persantine et l'acide acétylsalicylique exercent un effet complémentaire sur la fonction plaquettaire, sans que soit modifié le taux des effets secondaires spécifiques de ces deux substances. Rappelons que le risque d'hémorragie au cours d'un traitement avec les antivitamines K est sensiblement augmenté lorsque l'on y associe l'acide acétylsalicylique.

## Précautions particulières et recommandations

- On utilisera la Persantine avec prudence chez des sujets souffrant d'hypotension artérielle.
- On évitera d'administrer la Persantine au stade aigu de l'infarctus myocardique, en cas d'instabilité hémodynamique majeure (p. ex. collapsus, choc cardiogénique).
- La Persantine n'est pas destinée au traitement de la crise aiguë d'angine de poitrine.
- Compte tenu de l'acidité des ampoules, il y a lieu :
  - d'éviter les médicaments concomitants dans la même perfusion,
  - de choisir des solutés acides ou neutres non tamponnés (NaCl 0,9 %, glucose 5 %, sorbitol 5 %).

## Posologie

La Persantine s'administre par voie orale ou parentérale dans ce dernier cas, on aura recours exclusivement à la perfusion intraveineuse lente.

- Par voie orale, les doses généralement admises se situent entre 200 et 450 mg/jour, à administrer de préférence avant les repas, en prises régulièrement espacées sur la journée. Une telle dose correspond à la prise de 1 ou 2 dragées à 75 mg 3 fois par jour. Exceptionnellement, des doses atteignant 600 mg/jour peuvent être administrées.
- Lorsque la voie orale n'est pas praticable, c'est-à-dire essentiellement dans les indications chirurgicales, la voie parentérale peut être utilisée ; dans ce cas, on administrera en moyenne 150 à 250 mg par 24 heures, sous forme de perfusion intraveineuse lente, la vitesse de perfusion n'étant pas supérieure à 0,2 mg/minuto (soit 12 mg/heure). Des doses plus élevées peuvent néanmoins être administrées en cas de nécessité, par exemple dans les micro-angiopathies thrombotiques ; chez l'enfant, la dose recommandée se situe dans ce cas entre 5 et 10 mg/kg.

## Présentations

- Dragées à 75 mg : conditionnements de 50 et de 100 dragées orangées ; conditionnement clinique de 250 dragées.
- Ampoules à 10 mg : boîte de 5 ampoules de 2 ml ; boîte clinique de 25 ampoules de 2 ml.

## Validité

Dragée et ampoule : 5 ans.

## Formules

- Dragée : 2,6-Bis(diaethanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido-(5,4-d)pyrimidin (= dipyrindamol.) 75 mg - Dicalc. phosph. - Amyl. maidis - Silic. oxyd. colloid. - Magnes. stear. - Amyl. soluble - Flav. sunset - Sacchar. - Talc. - Acac. gum. - Methyl. paraoxybenz. - Propyl. paraoxybenz. - Titan. diox. - Macrogl. 6000 - Cera alba et carnauba cera odd.
- Ampoule : 2,6-Bis(diaethanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido-(5,4-d)pyrimidin (= dipyrindamol.) 10 mg - Ac. tart. - Macrogl. 600 - Acid. hydrochlor. - Aqua pro inj. ad 2 ml.

Boehringer  
Ingelheim



n.v. Boehringer Ingelheim s.a.  
Rue du Collège St-Michel 17  
1150 Bruxelles

Pourcentage d'examens positifs par année

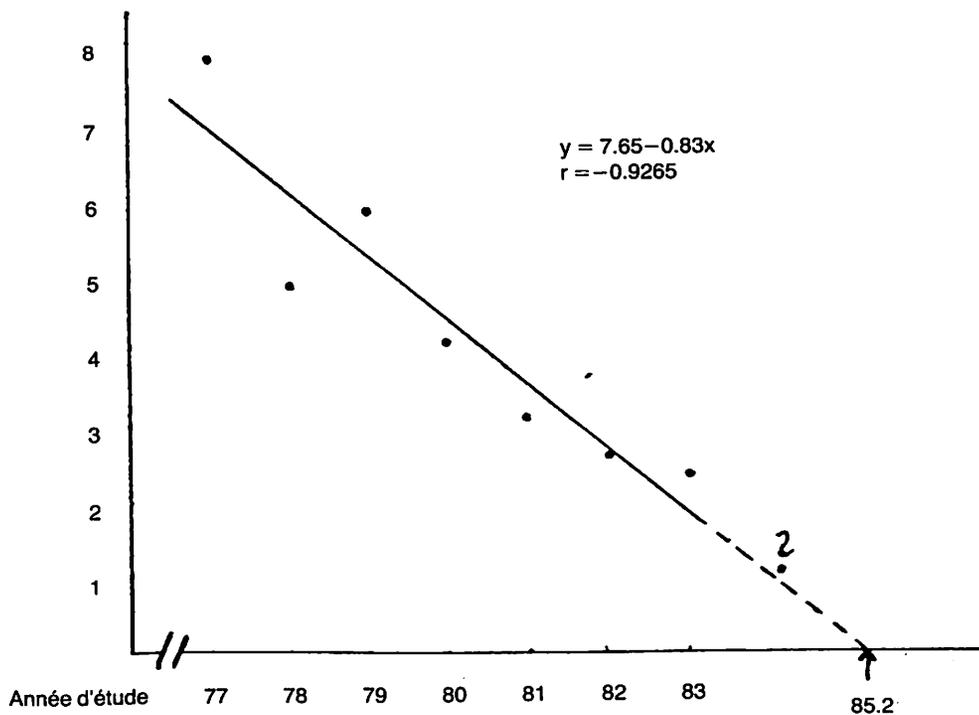


Figure 1

Incidence décroissante du parasitisme intestinal au Luxembourg pendant les 7 dernières années. La corrélation linéaire du pourcentage d'examens parasitologiques des selles effectivement positifs au fil de ces années est très hautement significative ( $r = -0,9265$ ) et permet de prévoir l'éradication du parasitisme intestinal autochtone pour le début de l'année 1985.

**Une hausse de pression  
rapide et durable,  
c'est mieux**

**Dihydergot<sup>®</sup>**

Active rapidement + stabilise durablement

**PLUS**

Une hausse de pression rapide, c'est bien;

Une hausse de pression durable, c'est bien;

Une hausse de pression rapide et durable, c'est mieux.

Matin et soir, 1 comprimé de Dihydergot<sup>®</sup> PLUS  
(c'est-à-dire étiléfrine plus dihydroergotamine) et votre  
patient hypotendu se sentira rapidement mieux.

Pour de plus amples informations sur les propriétés,  
les indications, les contre-indications et les effets  
secondaires, veuillez vous adresser à notre délégué  
ou directement à

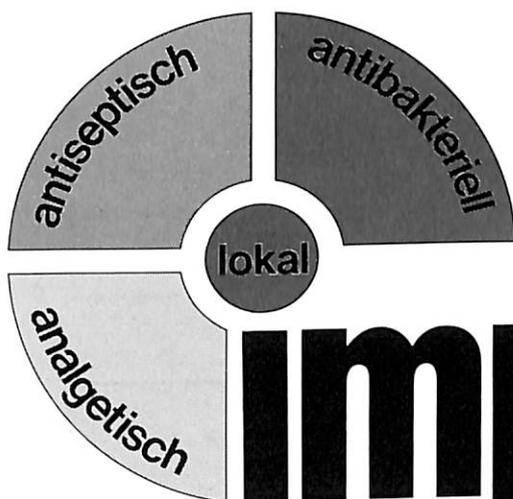
**SANDOZ** PRODUITS SANDOZ (SUISSE) SA  
Département pharmaceutique  
Missionsstrasse 60/62, 4012 Bâle, tél. 061/44 00 71

# Die Halstablette mit der Dreifach-Kraft.

**1.** Das in Imposit enthaltene Gramicidin ist hochwirksam gegen grampositive Erreger wie Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken, Diphtheriebakterien u.a. Die starke bakterizide Wirkung von Cetylpyridiniumchlorid setzt rasch ein, auch tief in Krypten und Schleimhautfalten.

**2.** 2,4-Dichlorbenzylalkohol mit seiner ausgeprägten antiseptischen Effektivität gegen grampositive und gramnegative Erreger und Pilze zeichnet sich darüber hinaus durch sehr geringe Toxizität sowie das Fehlen von Resistenzbildung aus.

**3.** Das Lokalanästhetikum p-Aminobenzoensäureäthylester führt zu rascher Schmerzlinderung und ist besonders geeignet zur oberflächlichen Anwendung auf Schleimhäuten.



# imposit®

wirkt schnell, dreifach, antibakteriell.

**Imposit®**

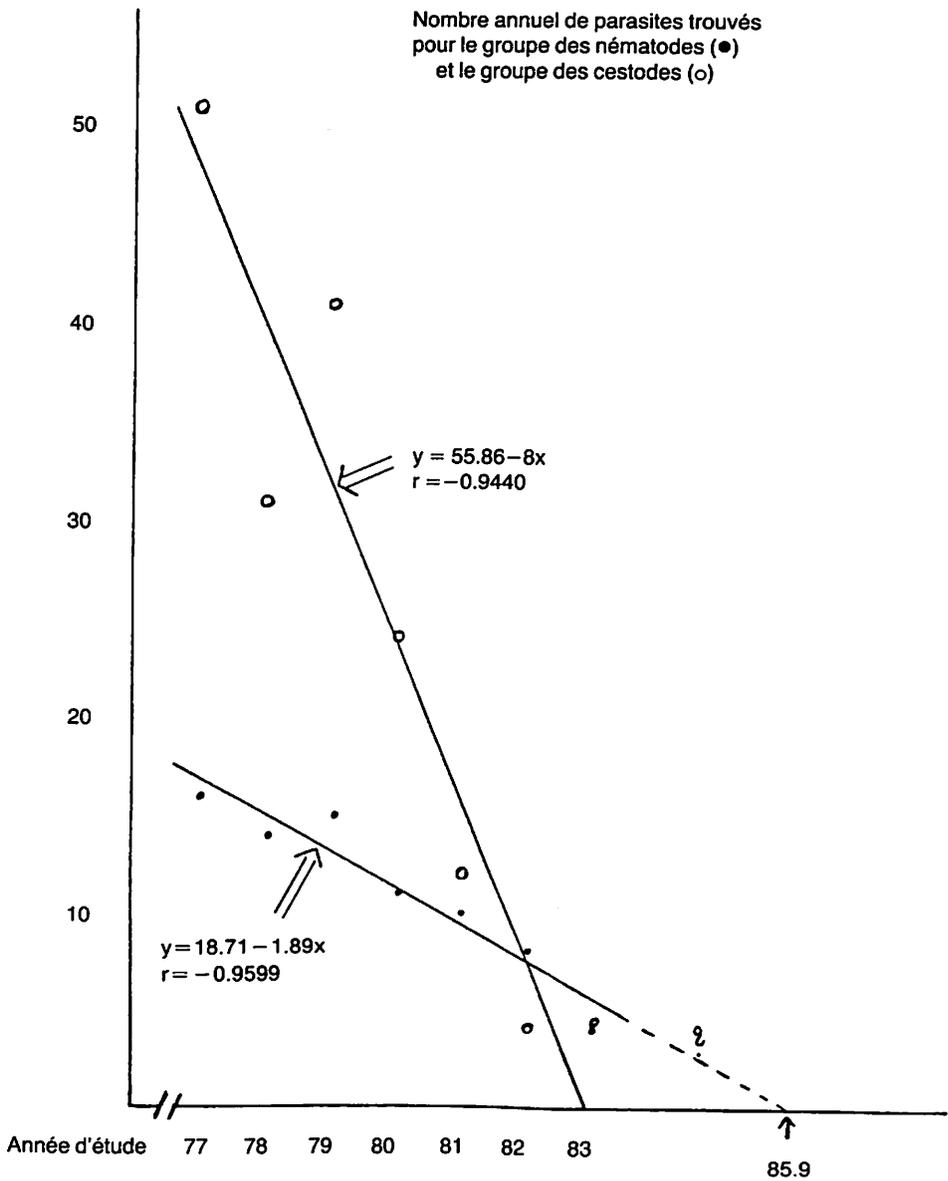
**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: Gramicidin 0,3 mg, Cetylpyridiniumchlorid 2,0 mg, 2,4-Dichlorbenzylalkohol 2,0 mg, p-Aminobenzoensäureäthylester 2,0 mg. **Indikationen:** Bei infektiös-entzündlichen Erkrankungen des Mund-, Hals- und Rachenraumes: Stomatitis, Soor, Gingivitis, Angina tonsillaris und Pharyngitis. Zur Nachbehandlung operativer Eingriffe im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich sowie bei bakteriellen Sekundärinfektionen im Verlauf einer Virusgrippe. **Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:** Bei magenempfindlichen Patienten können nach mehrtägiger Einnahme gelegentlich Beschwerden wie z. B. Übelkeit auftreten, die meist nach Dosisreduzierung verschwinden.

**Dosierung:** Tagsüber alle 2 Stunden 1 Tablette im Mund langsam zergehen lassen. Bei Kindern genügt die Einnahme von täglich 4 Tabletten. Tabletten nicht kauen, nicht schlucken.

**Hinweis:** Für Diabetiker: 6 Tabletten = ca. 3 g Sorbit = ca. 0,25 BE. **Handelsformen:** O P mit 24 Tabletten, Anstattpackung mit 120 Tabletten.

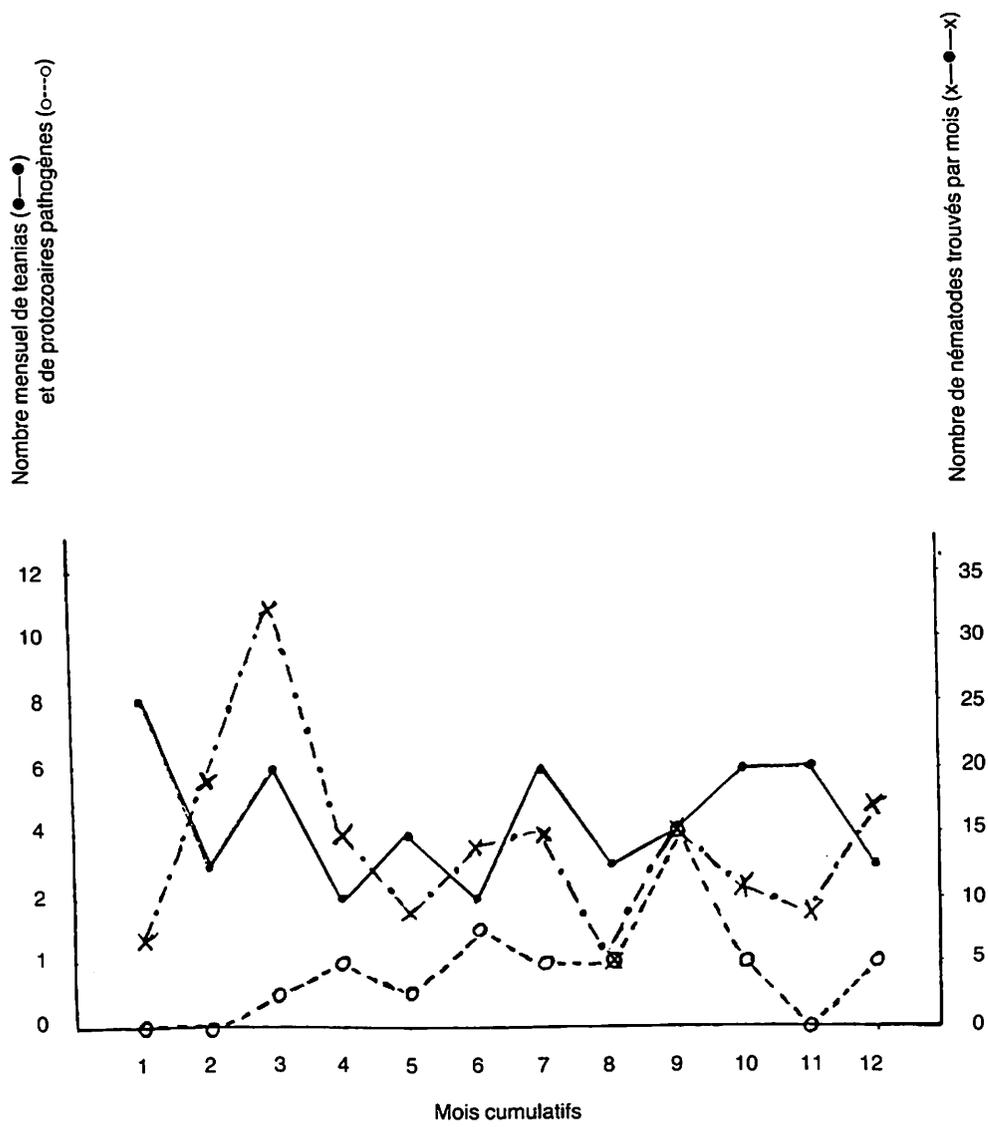
**Hersteller:** Dr. Madaus & Co., Köln. **Vertretung:** Integral S.A., 5, rue Chr. Plantin, Luxemburg.





**Figure 2**

Décroissance progressive sur 7 années des nombres absolus de cestodes (cercles fermés) et de nématodes (cercles ouverts) trouvés par année d'étude. Les corrélations obtenues sont linéaires et très hautement significatives et permettent par extrapolation de prévoir l'éradication prochaine de ces 2 groupes de parasites intestinaux au Luxembourg.



**Figure 3**

Nombre cumulatif de parasites trouvés dans les selles en fonction du mois de l'année. La plupart des nématodes (croix) sont trouvés au printemps (arrivée de nouveaux travailleurs immigrés depuis le Portugal) et la plupart des protozoaires pathogènes (cercles ouverts) sont trouvés en septembre (retour des luxembourgeois de leur tourisme estival). Aucune variation mensuelle n'est à noter pour les cestodes (cercles pleins).

Temps en heures

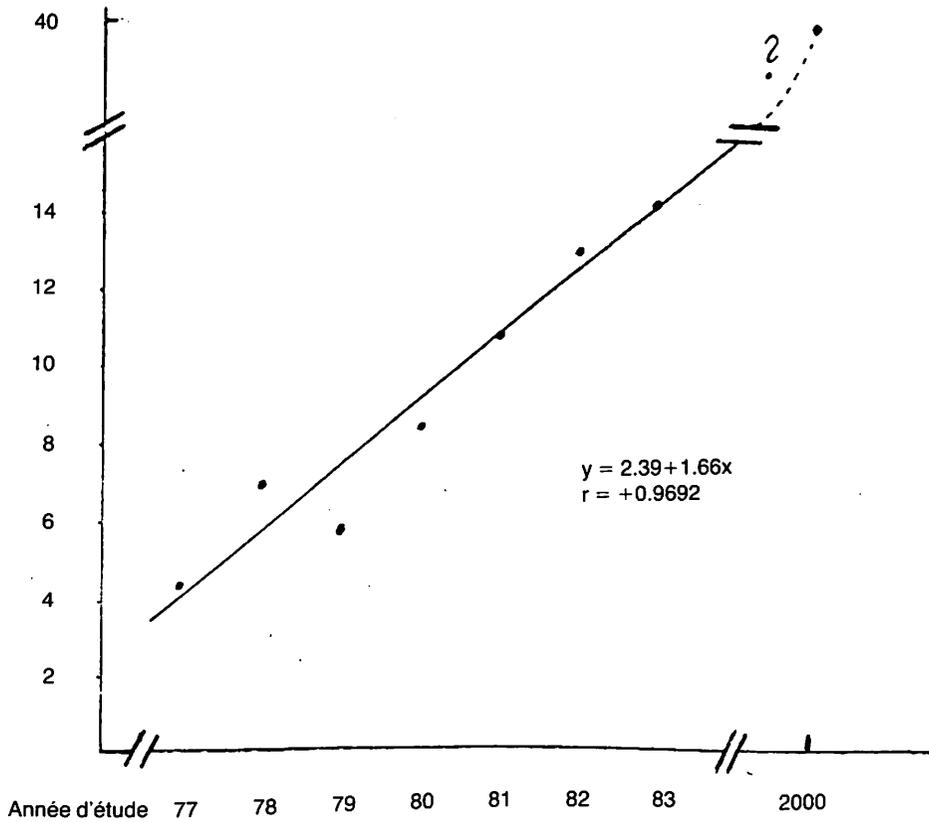


Figure 4

Temps moyen (en heures) nécessité par un technicien du LNS pour trouver un parasite intestinal par examen direct des selles. Le temps augmente linéairement et l'extrapolation de la droite de corrélation linéaire permet de prévoir qu'il lui faudra travailler 40 heures en l'an 2000 pour trouver un résultat positif.

# ischémie cérébrale ou périphérique



Indications:  
Insuffisances artérielles  
périphérique et cérébrale.

Effets secondaires:  
OCTAMET est dénué de  
toxicité et est bien toléré.

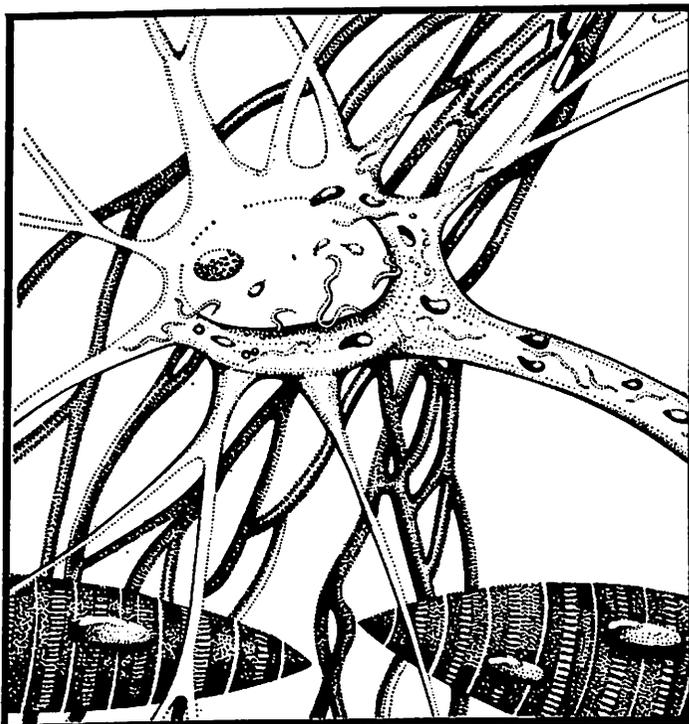
Précautions:  
On évitera la prescription du  
médicament durant la  
grossesse bien  
qu'expérimentalement  
l'OCTAMET soit dépourvu  
d'action tératogène.  
Il n'y a pas d'inconvénient à  
administrer l'OCTAMET à des  
patients soumis à un  
traitement par anticoagulants  
de type coumarinique et aux  
diabétiques.

Posologie:  
3 gélules à 100 mg par jour.

Conditionnement:  
50 et 100 gélules dosées à  
100 mg.

Validité:  
Voir emballage.

Formule:  
Sulocidil 100mg/Mannitol/  
Silic.oxyd./Gelät./Glycerol./  
Amyl./Talc./pro capsul.gelat.una/  
Titan.oxyd.(E171)/Natr.  
indigotinodisulf.(E132)pro color.  
213.S69.F4



## OCTAMET®

premier anti-ischémique global

une synergie d'action  
hémodynamique et métabolique



BELPHAR S.A.  
135 avenue Louise  
1050 Bruxelles

# Zur Behandlung des hohen Blutdrucks



**diucomb**<sup>®</sup>  
Kaliumneutrales Saluretikum

# Salz

Gefahr für den  
Hypertoniker

**Zusammensetzung:** 1 Dragee enthält: Bemetizid 25 mg, Triamteren 50 mg.

**Indikationen:** Arterielle Hypertonie – leichte und mittelschwere Formen. Zur Basisbehandlung bei schwereren Formen in Kombination mit anderen blutdrucksenkenden Medikamenten. Ödeme bei Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz und Lebererkrankungen.

**Kontraindikationen:** Hyponatriämie (Na unter 132 mval/l), Hyperkaliämie (Serum-Kalium über 5,5 mval/l), Therapieresistente H<sub>2</sub>O- und Hyperkaliämie, Ausgeprägte Nierenfunktionsstörung, Sulfonamidüberempfindlichkeit.

**Nebenwirkungen:** Schwächegefühl und Ohnmachtsneigung können am Anfang jeder Hochdruckbehandlung auftreten. Bemetizid kann in äußerst seltenen Fällen zu Leuko- und Thrombopenie führen. Es kann zu einer Verschlechterung der Kohlenhydratverwertung kommen und bei Diabetikern eine Anpassung der Diät und/oder der Dosis der Antidiabetika erfordern. Das Präparat kann zu Erhöhung der Harnsäurewerte und damit zu einer Verschlechterung bei Gicht führen. Serumkaliumveränderungen durch DIUCOMB sind sehr selten. Bei Anstieg des Kreatinins im Serum sollte jedoch auch das Serum-Kalium beobachtet werden, bei Werten über 5,5 mval/l sollte DIUCOMB abgesetzt werden.

**Besondere Hinweise:** DIUCOMB verstärkt die Wirkung blutdrucksenkender Medikamente und erfordert eine Neueinstellung der antihypertensiven Dosis.

**Empfehlungen bei Langzeitbehandlungen:** Kontrollen der Kreatinin- und Harnstoffwerte bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, Kontrollen des Serum-Kaliums, Kontrollen der Harnsäure im Serum, Kontrollen des Blut- und Harnzuckers bei Diabetikern.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Hypertonie: Initial 1–2 Dragees nach dem Frühstück. Langzeitbehandlung 1 Dragee täglich. Ödeme: Initial morgens 2 Dragees, nach dem Mittagessen 1 Dragee. Erhaltungsdosis: tägl. oder jeden 2. Tag 1 Dragee nach dem Frühstück. In schweren Fällen weiterhin 2 Dragees.

**Handelsform und Preis:** Packung mit 50 Dragees

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer wissenschaftlichen Basisdokumentation, oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

Bluthochdruck-Spezialist



Melusin Schwarz-Mönheim GmbH, 4019 Mönheim

In Luxemburg: PROPAC -  
Luxembourg - Case Postale 2063 - Tél. 48 24 82



# Traitement des tumeurs bénignes et malignes du rectum, du canal et de la marge anale

**A. GERARD, J.C. PECTOR**

Service de Chirurgie,  
Institut Jules Bordet, Bruxelles.

Le traitement des tumeurs du rectum, de la marge et du canal anal doit répondre à deux critères:

- 1<sup>o</sup> guérir le patient de sa tumeur,
- 2<sup>o</sup> éviter autant que faire se peut l'établissement d'une colostomie définitive.

Afin de respecter ces deux principes, des progrès importants ont été accomplis ces dernières années. Cet exposé a pour but de résumer ces tendances thérapeutiques actuelles.

Pour la facilité de l'énoncé des possibilités thérapeutiques et des pronostics d'espérance de vie qui correspondent à chacune d'elles, il nous a paru opportun de diviser les tumeurs bénignes et malignes du rectum, du canal et de la marge anale en trois groupes.

## **1. LES PETITES TUMEURS BENIGNES ET MALIGNES DU RECTUM.**

Ces petites tumeurs rassemblent les lésions bénignes dont les plus nombreuses sont les adénopolyptes, les tumeurs in situ dont la dégénérescence néoplasique n'a pas envahi le stroma conjonctif; les tumeurs malignes de type épithélioma glandulaire débutant (T 1, tumeurs dont le diamètre est inférieur au 1/3 de la circonférence du rectum) et enfin les tumeurs vilieuses dont la dégénérescence maligne est fréquente.

Les possibilités thérapeutiques de ces tumeurs reposent sur des techniques qui conservent le sphincter anal et qui ne nécessitent donc pas, quelle que soit leur localisation dans le rectum, une colostomie définitive. En effet, si la tumeur est bénigne sa résection par voie transanale est réalisable, si elle est maligne sa petite taille traduit le début de son évolution et son pronostic favorable. Dix pour cent seulement de ces petits épithéliomas glandulaires du rectum (T 1) ont déjà envahis le système lymphatique. Dès lors pour les

90% de petites tumeurs malignes sans invasion lymphatique leur destruction locale ou leur résection constitue un traitement satisfaisant.

L'électrocoagulation, l'électrorésection pratiquées par voie transanale, grâce au rectoscope de travail, sont des techniques bien indiquées pour les petits polypes et les tumeurs in situ. Leur pronostic est évidemment excellent.

La radiothérapie endocavitaire appliquée suivant la technique de PAPILLON (1) ou interstitielle en employant des aiguilles d'iridium, complétée éventuellement par une radiothérapie externe, permet des résultats très satisfaisants dans la plupart des tumeurs malignes citées ci-dessus y compris les tumeurs déjà assez développées chez des personnes dont l'état ne permet pas de subir une amputation du rectum par voie abdomino-périnéale. PAPILLON observe 72% de survie à 5 ans dans le groupe qu'il a irradié. Récemment la voie de KRASKE (2) c'est-à-dire l'abord postérieur par résection du coccyx et des deux dernières vertèbres sacrées a été remise à la mode. Elle permet de réséquer des tumeurs rectales bas situées et même des segments de rectum sans entraîner un choc opératoire important. Cette voie est de plus en plus appliquée chez des personnes âgées ou porteuses de tumeurs villeuses assez volumineuses dont l'extirpation par voie transanale est impossible.

L'exérèse qui a notre préférence est celle qui se pratique par voie transanale. Elle permet l'ablation de tumeurs bénignes déjà assez importantes et de petites tumeurs malignes débutantes. Cette technique d'endorésection mise au point par FRANCILLON (3) a l'avantage de servir de biopsie exérèse, de permettre une analyse histologique précise de la tumeur réséquée, le spécimen étant d'autant mieux étudié quand l'ablation s'est faite comme nous le pratiquons habituellement au bistouri Laser (4). Étudiée par un anatomo-pathologiste expérimenté la tumeur réséquée par cette technique permet d'évaluer des facteurs pronostiques tels que des microthrombi néoplasiques, un envahissement lymphatique intramural ou une infiltration péri-neurale. Dans ces conditions péjoratives ou en cas de résection incomplète ou de récurrence locale, cette endorésection peut être suivie d'une amputation du rectum.

En appliquant cette méthode aux petites tumeurs malignes nous n'avons eu à déplorer

aucun décès par cancer dans notre série personnelle.

## 2. LES TUMEURS ETENDUES DU RECTUM

Si l'approche thérapeutique de ces tumeurs paraît fort complexe, il est clair que dans l'état actuel de nos connaissances seul le traitement chirurgical permet d'être curatif. Les diverses techniques opératoires connues ont leurs indications propres en fonction de la localisation de la tumeur dans le rectum, de la disposition anatomique du bassin du malade et de son obésité éventuelle. L'amputation du rectum par voie abdomino-périnéale (5) est toujours réalisée pour les tumeurs bas situées alors que des procédés tels que la résection par voie abdominale (6) ou par voie abdomino-transanale (7) sont de plus en plus employés pour des lésions du moyen et du haut rectum. Ils permettent dans les mains de chirurgiens expérimentés et en l'absence d'obstacles techniques dans la filière pelvienne de pratiquer des résections du rectum pour des tumeurs situées à 6 voire à 4 cm de la marge anale. Ils évitent une amputation du rectum et l'établissement d'une colostomie définitive. Par ailleurs, cette approche par voie abdominale suivie d'une anastomose colo-rectale ou colo-anale respecte avec la même rigueur les principes de la chirurgie oncologique que l'amputation du rectum par voie abdomino-périnéale. Toutefois il est important de respecter une marge de sécurité en aval de la tumeur d'au moins 3 cm si la tumeur est bien différenciée et de plus de 6 cm si elle est anaplasique (9). Par ailleurs, il est tout aussi indispensable de mener la dissection dans la filière pelvienne aussi près des parois latérales que dans l'amputation du rectum de telle sorte que des ganglions lymphatiques éventuellement envahis situés dans les ligaments transverses du rectum seront enlevés par les deux procédés chirurgicaux. En revanche, si l'envahissement lymphatique atteint la région des artères hypogastriques, les ganglions sont irrésécables quelle que soit l'intervention chirurgicale réalisée.

Certains chirurgiens (8) conservent leur faveur à l'amputation du rectum suivant la technique de BABCOCK. Il s'agit, bien en effet, d'une amputation qui entraîne une éventuelle incontinence anale, invalidité plus désagréable que celle provoquée par une colostomie. Enfin, le procédé de HARTMANN qui consiste à réséquer une tumeur



**HEVAC<sup>®</sup> B**  
**Pasteur**

**Vaccin**  
**contre**  
**l'hépatite B**

**Institut Pasteur**  
PRODUCTION



**labaz-sanofi** s.a.  
Avenue De Béjar, 1  
1120 BRUXELLES

# **Institut Pasteur**

Production

## **Vaccin Hevac® B Pasteur**

Vaccin contre l'hépatite B

### **Composition**

- Suspension d'antigènes de surface du virus de l'hépatite B purifiés et inactivés . . . 1 dose vaccinnante
- Algeldratum (exprimé en aluminium) . . . 1,25 mg max.
- Formaldéhyde . . . 0,2 mg max.
- Solution tampon (pH 7,2) q.s.p. . . . 1 ml

Le vaccin est préparé par l'Institut Pasteur Production en respectant les principes technologiques décrits par Barin et Coll. (Annales de Microbiologie, Institut Pasteur, 1978, 129B, 87-100). En particulier, le vaccin est préparé exclusivement à partir de plasma de donneurs sains, c'est-à-dire de porteurs d'antigènes HBs asymptomatiques, négatifs pour tous les marqueurs de virulence de l'hépatite B et présentant des tests hépatiques normaux. Sa fabrication comporte des étapes spécifiques d'élimination des lipoprotéines et des immuns complexes, suivies d'étapes de concentration et de purification par centrifugations zonales qui conservent l'antigène dans son état natif. Les particules d'antigènes HBs ainsi purifiées sont traitées par le formaldéhyde puis adjuvées par l'hydroxyde d'aluminium (algeldratum: DCI).

### **Indication**

Vaccination contre l'hépatite B.

### **Contre-Indications**

- Contre-indications générales d'une vaccination.
- Il ne semble pas que la vaccination effectuée chez des sujets ayant une hépatite virale en évolution ou ayant des antécédents d'hépatite B, induise des effets secondaires. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, il paraît prudent d'effectuer des tests de dépistage de l'hépatite virale avant d'administrer le vaccin.

### **Mode d'emploi et posologie**

Posologie: 1 ml par injection.

On agitera vigoureusement la seringue avant l'emploi afin d'assurer une suspension homogène.

Vole d'administration: intramusculaire dans la région deltoïdienne.

Primo-vaccination: 3 injections de 1 ml à un mois d'intervalle.

N.B.: en cas de traitement immunodépresseur ou de déficit humoral, il sera éventuellement nécessaire, sur avis du prescripteur et après vérification du taux d'anticorps anti-HBs, de pratiquer une 4<sup>e</sup> injection deux mois après la 3<sup>e</sup>.

Rappels: un an après la 3<sup>e</sup> injection.

Les rappels ultérieurs se feront à des intervalles qui restent à préciser.

### **Conservation**

Au réfrigérateur (entre +2° C et +10° C).

### **Présentation**

Etui avec une ampoule seringue de 1 ml.

### **Formule**

HBsAg purificat. et inactivat. 1 dos. vaccin. - Algeldrat. - Formaldehyd. - Sol. tamp. q.s. ad 1 ml susp. inject.

*Concessionnaire exclusif pour la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg:*

**S.A. LABAZ-SANOFI N.V., avenue de Béjar laan 1, 1120 Bruxelles - Brussel**

du rectum en laissant un moignon rectal, trouve ses indications chez des patients dont l'état général est déficient, c'est-à-dire n'étant pas capable de supporter soit une amputation du rectum soit un rétablissement de la continuité digestive.

Quels que soient les procédés employés, c'est-à-dire résection ou amputation du rectum à visée curative, l'espérance de vie des patients est, suivant les résultats de notre expérience personnelle, de 65% à 5 ans. Cette valeur est supérieure aux taux de survie publiés généralement dans la littérature (10). On peut concevoir que les équipes chirurgicales qui respectent scrupuleusement les principes de la chirurgie oncologique, c'est-à-dire qui mettent en œuvre tous les moyens d'éviter la dissémination des cellules néoplasiques pendant l'intervention, qui pratiquent un curage ganglionnaire complet en même temps que la résection rectale observent des taux d'espérance de vie parmi les plus élevés de ces séries. Toutefois, il apparaît clairement que les progrès à accomplir dans le but d'améliorer le taux de survie de ces patients ne sont obtenus que grâce à l'application de traitements adjuvants. Parmi ceux-ci, la radiothérapie préopératoire ou postopératoire occupe une place importante. La radiothérapie préopératoire a pour but de diminuer le volume tumoral, de diminuer les possibilités de réimplantation et de reproduction des cellules néoplasiques à distance qui ont été détachées de la tumeur, de diminuer les récidives locales et de détruire des microfoyers néoplasiques tels que les ganglions lymphatiques envahis. Les résultats des études rationnelles effectuées à Yale (11) et dans les Veterans Administrations hospitals (12) aux Etats-Unis sont en faveur de ce traitement adjuvant préopératoire. En outre, les résultats d'un essai clinique réalisé par le groupe des cancers digestifs de l'EORTC démontrent que l'administration de 34,5 Gy avant une exérèse radicale d'un cancer étendu et localisé du rectum réduit de 20 pour cent le nombre de récidives locales. Celles-ci étant très douloureuses dans le pelvis, il s'agit donc d'une technique à retenir dont les résultats sont très satisfaisants. Néanmoins, il faut préciser que la radiothérapie suivie d'un acte chirurgical est un traitement lourd qui ne doit être appliqué qu'à certains patients et trouve une contre-indication chez d'autres qui sont trop âgés ou qui présentent de l'artériosclérose, une insuffisance cardiaque, des troubles vasculaires ou un état de cachexie.

La radiothérapie postopératoire a pour but de diminuer les récidives locales (13). Son efficacité sur le taux de survie des patients est limitée actuellement par le nombre de complications radiques intestinales observées. Néanmoins, on peut espérer diminuer ces complications en employant des moyens de protection des organes sains exposés.

Le traitement des tumeurs du rectum accompagnées de métastases à distance, par exemple dans le foie, doit être souligné. En effet, il ne faut pas hésiter à réaliser une exérèse de ces tumeurs même si leur localisation nécessite une amputation par voie abdomino-périnéale. On évite ainsi l'évolution vers l'obstruction intestinale et des douleurs, on supprime l'asthénie, les hémorragies et les pertes de protéines par les glaires muqueuses. On améliore le confort des malades (14).

Ce traitement chirurgical local n'empêche pas le traitement des métastases à distance mais celui-ci sort du sujet de cet exposé.

### 3. LES TUMEURS EPIDERMOIDES DU CANAL ET DE LA MARGE ANALE.

La notion de radio-sensibilité de ces tumeurs largement exploitée par les auteurs français ne semble pas aussi évidente pour les auteurs d'outre-atlantique. Cette divergence de vue explique la diversité des techniques thérapeutiques. En outre, l'aspect histologique des épithéliomas du canal et de la marge anale se répartit en deux types: l'épithélioma spino-cellulaire ou épidermoïde, plus ou moins différencié et l'épithélioma basaloïde dont il faut rapprocher l'épithélioma intermédiaire et l'épithélioma cloacogénique.

Toutefois, il semble que le pronostic n'est pas différent suivant les variétés histologiques. Dès lors, il ne nous paraît pas opportun de distinguer plusieurs protocoles thérapeutiques. En suivant RICHELME de Nice (15) nous traitons les petites tumeurs de 2 à 3 cm de diamètre par curiethérapie exclusive ou complétée par des irradiations externes. Ces dernières irradiations s'administrent sur la région anale et éventuellement sur les aires ganglionnaires inguinales. Ce traitement est efficace. En cas d'échec il peut être complété par une amputation chirurgicale du rectum et de l'anus. En revanche, les cancers infiltrants du canal anal sont opérés, ne serait-ce qu'en raison de la fré-

quence de l'envahissement ganglionnaire mésentérique et iliaque. Néanmoins, comme ces épithéliomas malpighiens sont très radiosensibles, le schéma thérapeutique le plus efficace comprend une radiothérapie préopératoire de 34,5 grays en 3 semaines et ensuite une amputation du rectum et du canal anal par voie abdomino-périnéale et une colostomie définitive. Les résultats thérapeutiques des petites tumeurs sont bons, les pourcentages de survie varient de 65 à 90% à 5 ans. En revanche, les tumeurs plus importantes ont un pronostic beaucoup plus sombre: leur taux de survie après 5 ans varie entre 40 et 50%.

En conclusion, nous souhaiterions rappeler qu'en présence d'un patient porteur d'une tumeur du rectum, qu'elle soit bénigne ou maligne, il faut respecter de façon rigoureuse la conduite suivante:

- 1° préciser le diagnostic histologique, la localisation exacte de la tumeur et son étendue,
- 2° s'il s'agit d'une tumeur maligne, évaluer son extension loco-régionale et à distance,
- 3° poser l'indication thérapeutique satisfaisante qui permettra au patient de guérir dans un pourcentage relativement élevé de cas et, si possible, lui conserver la fonction anosphinctérienne.

#### BIBLIOGRAPHIE

- 1) PAPIILLON J.: Endocavitary irradiation in the curative treatment of early rectal cancers. *Dis. Colon Rectum* 17: 172-180, 1974.
- 2) KRASKE P.: Zur Extirpation hochsitzender Mastdarmkrebse. *Verh. Deutsch. Ges. Chir.* 14: 464-474, 1885.
- 3) FRANCILLON J., MOULAY A., VIGNAL, TISSOT E.: A low approach for removal of cancers of the rectal ampulla: the parachute technique. *Nouv. Presse Méd.* 3: 1365-1366, 1974.
- 4) GERARD A.: Chirurgie au bistouri Laser. *Rev. Méd. Brux.* 33: 155-157, 1977.
- 5) MILES W.E.: A method of performing abdomino-perineal excision for carcinoma of the rectum and of the minimal portion of the pelvic colon. *Lancet* 2: 1812-1813, 1908.
- 6) DIXON C.F.: Anterior resection for malignant lesions of the upper part of the rectum and lower part of the sigmoid. *Ann. Surg.* 128: 425-442, 1948.
- 7) PARKS A.G.: Transanal technique in low rectal anastomosis. *Proc. R. Soc. Med.* 65: 975-976, 1972.
- 8) HALLENBECK G.A.: Anterior resectic and pull-through procedures for cancer of the rectum and rectosigmoid. *Dis. Colon Rectum* 2: 117-122, 1959.
- 9) GLOVER R.P., WAUGH J.M.: The retrograde lymphatic spread of carcinoma of the "rectosigmoid region". Its influence on surgical procedures. *Surg. Gynec. Obst.* 82: 434-448, 1946.
- 10) GERARD G.: Carcinoma of the colon and the rectum. *Cancer therapy: prognostic factors and criteria of response.* Ed. Raven Press, N.Y. 199-227, 1975.
- 11) KLIGERMAN M.: Pre-operative radiation therapy in rectal cancer. *Cancer* 36: 691-695, 1975.
- 12) HIGGINS Jr. G.A., CONN J.H., JORDAN Jr. P.H., HUMPHREY E.W., ROSWITT B., KEEHN R.J.: Pre-operative radiotherapy for colo-rectal cancer. *Ann. Surg.* 181: 624-631, 1975.
- 13) ROMSDAHL M.M., WITHERS H.R.: Radiotherapy combined with curative surgery. *Arch. Surg.* 113: 446-453, 1978.
- 14) GERARD A., DETRY R., NOGARET J.M., CALTEUX N., de VILLE DE GOYET J.: Exérèses palliatives des cancers colo-rectaux avancés. *Acta Gastro-Enterologica Belgica* 45: 174-180, 1982.
- 15) RICHELME H., ABBES M., BOURGEON A., MAZARGUL P.: Stratégie et résultats dans le traitement des épithéliomas malpighiens du canal anal. A propos de 51 cas. *Acta chir. belg.* 4: 251-258, 1979.

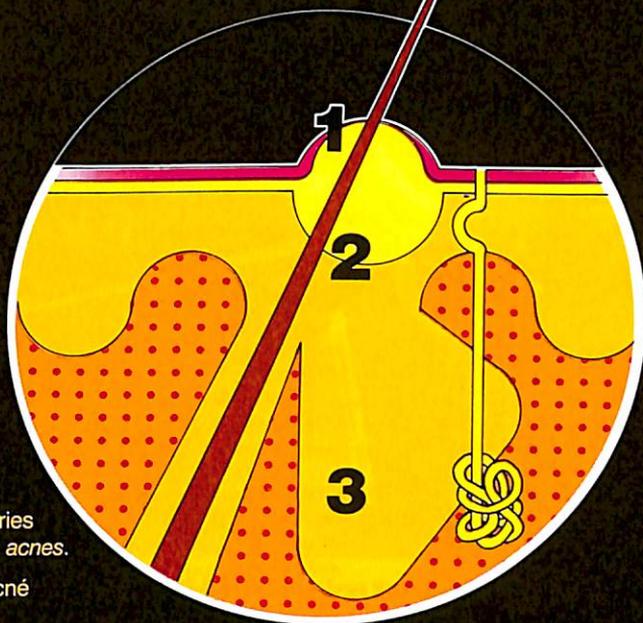
# L'acné mérite une attention professionnelle

## Acné

Trois facteurs jouent un rôle important dans la pathogénie de l'acné:

1. la production accrue de sébum;
2. la formation d'un bouchon de kératine;
3. le développement de bactéries telles que *Propionibacterium acnes*.

Un traitement rationnel de l'acné doit agir sur ces 3 facteurs.



## Acnidazil

1. diminue la production de sébum;

2. a une action kératolytique; ouvre le follicule;

3. est actif contre *Propionibacterium acnes* et *Staphylococcus aureus*.

## Acnidazil: le traitement professionnel de l'acné

**Acnidazil** est une association de peroxyde de benzoyle et de miconazole.

Grâce à l'action kératolytique et comédolytique du peroxyde de benzoyle, le miconazole peut pénétrer dans les couches plus profondes de la peau et y exercer son action antibactérienne.

**NOUVEAU**

# Acnidazil

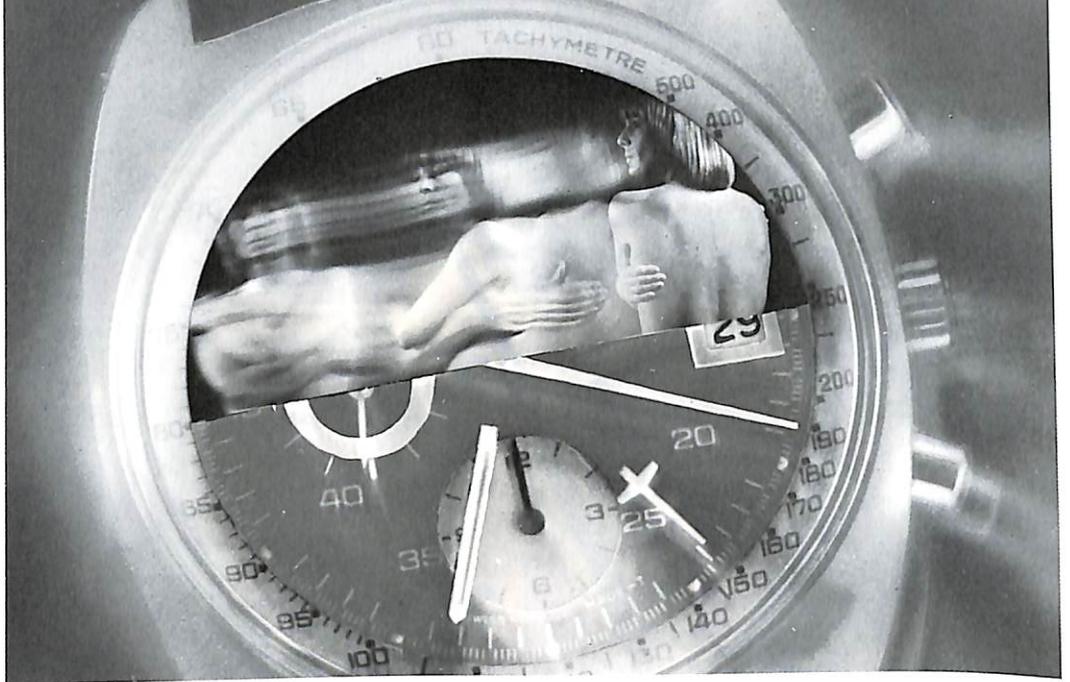
TRADEMARK

**Composition:** Acnidazil est une association de 2 % nitrate de miconazole (R 14 889) et de 5 % de peroxyde de benzoyle. **Propriétés:** Le nitrate de miconazole comme le peroxyde de benzoyle inhibent *in vitro* la croissance de *Propionibacterium acnes* et de *Staphylococcus aureus*. Le peroxyde de benzoyle a des propriétés siccatives, kératolytiques et légèrement comédolytiques. Il diminue dans le sébum la concentration d'acides gras libres, générateurs d'irritation. L'étude clinique et *in vitro* montre que les deux substances ont une action synergique. **Indication:** Traitement de l'acné vulgaire. **Posologie et mode d'administration:** Appliquer la crème en couche mince sur la peau atteinte et masser doucement du bout des doigts jusqu'à pénétration complète. Pendant la première semaine, appliquer la crème une fois par jour (le soir) et, à partir de la deuxième semaine, deux fois par jour (matin et soir). Avant d'appliquer la crème, il est recommandé de laver le visage à l'eau tiède et au savon. Le traitement sera poursuivi jusqu'à la disparition des symptômes (normalement, 4 à 8 semaines). Il faudra ensuite continuer le traitement 2 à 3 fois par semaine, surtout chez les patients de moins de 18 ans, pour renforcer l'amélioration obtenue. Si nécessaire, le traitement par Acnidazil peut être associé à des antibiotiques et à un régime. **Précautions:** Acnidazil est réservé exclusivement à l'usage externe et ne peut être mis en contact ni avec les yeux, ni avec la muqueuse buccale. Acnidazil peut déteindre les étoffes et vêtements colorés. **Effets secondaires:** Il peut y avoir, surtout au début du traitement, une légère irritation et/ou une certaine rougeur de la peau. Une véritable allergie de contact au peroxyde de benzoyle ne se produit que rarement. **Contre-indications:** Hypersensibilité à l'une des deux substances actives. **Présentation:** Flacon de 30 g de crème. **La durée de conservation de ce produit est limitée: voir la date de péremption sur l'emballage.** **Formula:** Miconazoli nitras 20 mg, benzoylperoxydum 50 mg, paraffin. liquid., polysorbat. 60, alcohol cetyllic., propyleneglycol., sorbitan monostearas, aq. purificat. q. s. ad 1 g. - No. d'Enreg. 2.S337.F7



**Janssen Pharmaceutica**

# Ihre Anti-Rheumatic:



Monosubstanz mit gesicherter Anti-Rheuma-Wirkung

## Rheumon® Gel<sup>+</sup>

Das "Erfolgsgeheimnis" für  
die schnelle Schmerzbefreiung

Überragende Resorption  
und 20-fach höhere  
Wirkstoff-Anreicherung  
im entzündeten Gewebe\*)



\*) im Vergleich zu nicht entzündetem Gewebe, 1 Stunde nach kutaner Applikation. Dell, et al.; Arzneim.-Forsch. 27, 1316, 1322 (1977)

**Zusammensetzung:**  
1 g Rheumon Gel enthält 50 mg Etofenamat.  
**Anwendungsgebiete:**  
Rheumon Gel wirkt entzündungshemmend und schmerzlindernd bei akuten und chronischen Erkrankungen der Weichteile des Bewegungs- und Stützapparates, z. B. bei Muskelrheumatismus, Muskelverspannung bei schmerzhafter Schulterstrife (Periarthropathia humero-scapularis), Hexenschuß (Lumbago), Ischialgie, Schenkscheidenentzündung, Schleimbeutelentzündung, sowie bei stumpfen Traumen wie Prellungen, Verstauchungen, Zerrungen. Rheumon Gel wirkt außerdem in gleicher Weise bei schmerzhaften Weichteilerkrankungen infolge von Überlastungs- und Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule und Gelenke (Arthrosen).

**Dosierung und Anwendungsweise:**  
Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, mehrmals täglich - je nach Größe der schmerzhaften Gebiete - einen 5 bis 10 cm langen Strang Rheumon Gel auftragen und möglichst großflächig in die Haut einreiben.

**Nebenwirkungen, Begleitschleungen:**  
In sehr seltenen Fällen können Reizungen der Haut auftreten, die sich nach Absetzen des Medikamentes rasch zurückbilden.

**Besonderer Hinweis:**  
Rheumon Gel soll nicht auf verletzter oder ekzematös entzündeter Haut angewendet werden.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:**  
Tube mit 40 g  
Tube mit 100 g

TROPON ARZNEIMITTEL KOLN

Vertretung für L.:  
INTEGRAL S. A., 5. rue Chr. Plantin

# Traitements médicaux spécifiques des cancers de vessie

**M. SCHNEIDER, A. THYSS,  
C. CALDANI, G. LESBATS\***

\* Service d'Hématologie-Oncologie.  
Centre Antoine Lacassagne  
06054 - NICE CEDEX.

Les tumeurs de vessie sont fréquemment chimio-sensibles les produits étant utilisés isolément ou en association par voie systémique ou locale. En outre, un certain nombre de résultats favorables ont été observés en utilisant, et surtout par la voie locale, des produits immuno-modulateurs ou modifiant les réponses biologiques.

Il faut dans les tumeurs de vessie considérer deux situations différentes: d'une part les tumeurs superficielles (Stades 0 ou A de Jewett; ou T<sub>is</sub>, T<sub>a</sub>, de l'UICC) et d'autre part les tumeurs invasives et/ou métastasées.

## I. - CHIMIOThERAPIE

### 1.1. Chimiothérapie par voie systémique

De nombreux agents chimiothérapeutiques utilisés isolément, par voie générale, permettent des regressions du volume de la tumeur de plus de 50% (tableau I). Les effets objectifs sont très variables selon les produits, et selon les équipes qui les ont utilisés. En général il s'agit d'effets incomplets sans regression totale et la durée moyenne de la réponse n'excède pas quelques mois.

L'arrivée du Cis-Platinum en 1971 a amené un réel progrès (tableau II). Les réponses objectives varient de 33 à 47% et la durée moyenne des réponses est de 5 à 7 mois. Là aussi il s'agit de réponses plus fréquemment incomplètes. Comme pour les autres cancers, les associations d'agents chimiothérapeutiques ont été largement utilisées dans les tumeurs de la vessie. En règle, les associations comportent de 2 à 4 produits avec dans la majorité des cas le cis-platine et l'adriamycine (tableau III). Ces associations donnent de 18 à 82% d'effets, en moyenne après deux cycles. L'augmentation de leur efficacité n'est pas significative par rapport aux produits utilisés isolément, alors que leur toxicité est supérieure.

Il s'agit également le plus souvent de résultats incomplets qui durent en moyenne de 5 à 7 mois et qui entraînent une augmentation de la survie en moyenne également de 7 mois. En général ces associations de chimiothérapies sont plus actives sur les lésions métastatiques que sur la tumeur primitive.

La chimiothérapie par voie systémique est également utilisée à titre prophylactique après l'acte local. Les résultats actuels de nombreux essais pratiqués sont contradictoires, certains essais récents, en particulier ceux de Soquet en 1981 montreraient l'intérêt du Méthotrexate à forte dose suivi d'acide folinique dans les tumeurs de stades III et IV après cystectomie dans l'allongement de l'intervalle libre. D'autres essais sont actuellement en cours.

### 1.2. Chimiothérapie par voie intra-artérielle

L'administration d'agents chimiothérapiques est quelquefois réalisée en utilisant les artères hypogastriques et plusieurs produits ont été utilisés comme le fluoro-uracile, le méthotrexate, la mitomycine C et l'adriamycine qui amènent de 40 à 60% de réponses, mais le nombre de malades traités est en général faible et interdit de tirer des conclusions significatives.

Certains essais sont conduits à l'heure actuelle associant par voie intra-artérielle l'administration de produits comme l'adriamycine et l'hyperthermie qui amènent des résultats très encourageants sur le plan local (Jacobs 1981).

### 1.3. Chimiothérapie intra-vésicale par voie trans-urétrale

Il y a plus de 20 ans qu'a été montrée l'action du tri-éthylène thiophosphoramide (Thiotépa) utilisé par voie trans-urétrale dans le traitement des lésions malignes superficielles de vessie. La destruction partielle ou totale des lésions est observée dans 60 à 90% des cas mais au prix d'une toxicité importante à type de dysurie grave, azoospermie fréquente et toxicité myéloïde (tableau IV).

D'autres produits administrés par la même voie se sont révélés également très actifs (tableau V) singulièrement le tri-éthylène - glycoldiglycéril ou épodyl, l'adriamycine, la mitomycine aussi active que le Thiotépa, souvent mieux tolérés et quelquefois active sur des lésions résistantes au

Thiotépa. Enfin, la bléomycine également active mais assez toxique. Signalons enfin l'inactivité fréquente du cis-platine administré par voie intra-vésicale.

La chimiothérapie par voie trans-urétrale est également utilisée à titre prophylactique après résection ou fulguration des lésions superficielles de vessie. On sait en effet que 50% de récidives sont observées dans l'année qui suit la résection. Aussi on a essayé depuis longtemps d'utiliser à titre prophylactique la chimiothérapie intra-vésicale et de nombreux essais indiquent que cette technique diminue la fréquence des récidives et les retarde. C'est en particulier le cas du Thiotépa dont on a pu démontrer que l'administration à titre adjuvant diminue de façon significative la fréquence des récidives mais non pas le pourcentage de patients qui récidivent (tableau VI).

D'autres produits ont été également utilisés de façon prophylactique en dehors du Thiotépa, c'est le cas en particulier de l'épodyl, de l'adriamycine, de la mitomycine C qui donnent également une diminution significative de la fréquence des récidives et il n'y a pas de différence très significative entre les produits à l'heure actuelle, ce qui paraît important est l'administration de chimiothérapies à titre prophylactique pratiquement au moment de la résection car c'est à ce moment que l'on dissémine localement des cellules malignes (A. ZINCKE et Col 1983).

## II. - TRAITEMENT PAR BIO-IMMUNO-MODIFICATEURS

On connaît depuis longtemps l'antigénicité des tumeurs de vessie et la fréquente inhibition de l'immunité à médiation cellulaire même au stade local. Ceci a amené de nombreux essais d'immuno-modulation en particulier par la BCG administré localement par voie trans-urétrale voir même intra-tumorale associé ou non à l'administration par voie générale le plus souvent par scarifications ou par voie intra-dermique.

On note dans 60 à 70% des cas une régression des lésions qui se traduit localement par une nécrose, un granulome mais au prix d'une toxicité importante à type de dysurie et de fièvre.

D'autres essais ont été pratiqués avec corynebacterium parvum, le levamisole des lympho-

# Stofilan<sup>®</sup>



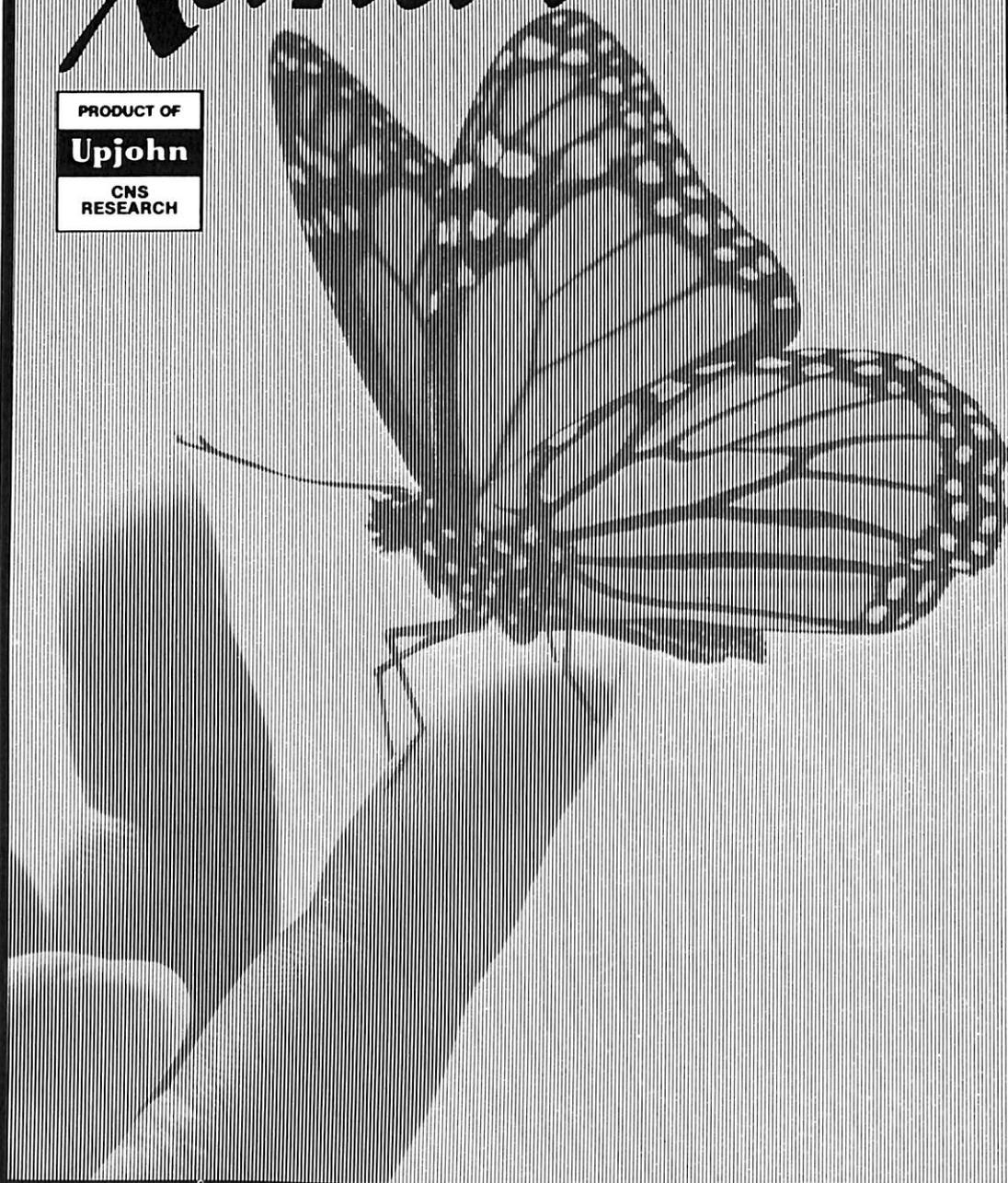
A. Christiaens s.a.

# Xanax<sup>®</sup>

PRODUCT OF

**Upjohn**

CNS  
RESEARCH



cytes allogéniques immunisés, des extraits de streptocoques, sans résultat très significatif mais avec quelquefois des nécroses partielles de la tumeur. Signalons également que l'administration d'adjuvant de l'immunité associés ou intercalés avec la chimiothérapie n'en augmente pas l'efficacité. Par contre l'interféron utilisé par voie locale en intra-lésionnelle a récemment montré une action tout à fait intéressante sur les tumeurs papillaires entraînant plus de 60% d'effets complets et incomplets dans une récente étude IKIC 1983 utilisant de l'alpha interféron.

De nombreux essais ont également été pratiqués pour étudier les effets prophylactiques des bio-immuno-modificateurs. En particulier on sait que le BCG administré régulièrement par voie intra-vésicale pendant 1 à 2 ans diminue de façon significative la fréquence des récurrences des tumeurs superficielles de la vessie et en retarde l'apparition, ceci au prix d'une toxicité certaine (tableau VII). Récemment l'action prophylactique des rétinoïdes a été également démontrée et d'autres travaux indiquent l'action positive de l'interféron et du Poly IC.

## Cancers de la vessie

### Agents chimiothérapeutiques utilisés seuls par voie systémique

AGENTS	EFFETS OBJECTIFS
CIS-PLATINE	33 à 47
ADRIAMYCINE	10 à 55
METHOTREXATE	26 à 56
TENIPOSIDE	20 à 55
ETIPOSIDE	20
NÉOCARCINOSTATINE	5 à 70
HEXAMETHYLMELAMINE	30 à 38
FLURO-URACILE	35
CYCLOPHOSPHAMIDE	0 à 50
MITOMYCINE C	14
YOSHI 864	18
VINBLASTINE	20
BLÉOMYCINE	10 à 20
HYDROXYURÉE	10 à 20
PROCARBAZINE	10 à 20

Tableau I

## Action du cis-platine utilisé par voie systémique sur les cancers de la vessie

NOMBRE DE PATIENTS	RÉPONSES		AUTEURS
	NOMBRE	%	
28	10	36	YAGODA 1976
19	9	47	MERRIN 1978
9	3	33	PRICE 1971
17	8	47	SOLOWAY 1978
27	9	33	SOLOWAY 1981
22	7	32	OLIVER 1981
DUREE MOYENNE DE LA RÉPONSE: 5 A 7 MOIS			

Tableau II

## Agents chimiothérapeutiques utilisés en association dans les cancers de la vessie par voie systémique

AGENTS	NOMBRE DE PATIENTS	RÉPONSES		AUTEURS
		NOMBRE	%	
ADM + 5 FU	52	21	40	CROSS 1976
ADM + VM	27	5	19	RODRIGUEZ 1977
ADM + CPM	39	7	18	MERRIN 1975 – YAGODA 1977
ADM + CPM + 5 FU	24	5	21	CORDER 1976 – SMALLEY 1981
DDP + ADM	26	14	54	MILLS 1977 – VOGL 1976
				YAGODA 1977-1978
DDP + CPM	35	15	43	YAGODA 1978
DDP + CPM + ADM	79	35	44	STERNBERG 1977 – TRONER 1978
DDP + CPM + ADM	23	19	82	KEDIA 1981
DDP + ADM + 5 FU	16	10	63	WILLIAMS 1978
ADM + BCM + 5 FU + MTX	9	5	55	HALL 1982
ADM + VM + 5 FU + MTC	30	18	60	GARCIA-GIRALT 1981
ADM + DDP + MTX + CPM	13	5	38	CITRIN 1983
ADM = Adriamycine; 5 FU = 5 Fluorouracile, VM Teniposide, CPM = Cyclophosphamide; DDP = Cis-Platinum BLM = Bleomycine, MTX = Méthotrexate; MTC = Mitomycine C.				

Tableau III

## Action du Thio-Tepa sur les tumeurs superficielles de la vessie

NOMBRE DE PATIENTS	RÉMISSION COMPLÈTE %	RÉMISSION INCOMPLÈTE %	ECHECS	AUTEURS
13	—	85	15	JONES 1961
46	37	35	28	VEENEMA 1962
13	23	38	38	ABASSIAN 1966
19	41	41	17	EDSMYR 1970
25	32	32	36	PAVONE-MACALUSO 1971
27	56	—	44	NIEH 1978

Tableau IV

## Agents chimiothérapeutiques utilisés par voie trans-urétrale dans les cancers de la vessie

AGENTS	EFFETS OBJECTIFS
THIOTÉPA	60 à 90%
EPODYL	75%
ADRIAMYCINE	60%
BLÉOMYCINE	36%
TENIPOSIDE	—
MITOMYCINE C	40 à 85%
METHOTREXATE	—
CIS-PLATINE	INACTIF.

Tableau V

## Action prophylactique du Thio-Tepa après résection des tumeurs de la vessie

NOMBRE DE PATIENTS	RÉCIDIVES %		AUTEURS
	TÉMOINS	TRAITÉS	
14	75	0	WESCOTT 1966
94	60	23,4	PAVONE-MACALUSO 1971
51	97	58	BURNAUD 1971
121	60,4	47,4	BYAR 1977
42	79	44	NOCKS 1978
36	66	40	KOONTZ 1981
44	52	49	SCHULMAN 1979

Tableau VI

## Traitement des tumeurs superficielles de la vessie par Bio-Immuno-Modificateurs

1. TRAITEMENT DE LA MALADIE PERCEPTIBLE	2. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE
B.C.G. INTRA-VÉSICAL ± SYSTÉMIQUE C. PARVUM INTRA ARTÉRIEL LEVAMISOLE SYSTÉMIQUE ± CHIMIOTHÉRAPIE LIMPHOCYTES ALLOGÉNIQUES IMMUNISES OK 432 (STREPTO.) INTERFÉRON	B.C.G. SYSTÉMIQUE B.C.G. INTRA VÉSICAL ± SYSTÉMIQUE POLY I.C. HÉMOCYANINE RÉTINOÏDES INTERFÉRON

Tableau VII

# Was macht Rantudil forte so schnell?

## Die Ungebundenheit im Plasma.

Nach der Resorption von Rantudil/Rantudil forte liegt der freie, nicht an Albumine gebundene Anteil des Wirkstoffes Acemetacin im Blut um rund 2/3 höher als bei der antirheumatischen Vergleichssubstanz Indometacin. Weil jeweils nur die ungebundenen Wirkstoffmengen pharmakologisch aktiv sind, läßt sich u. a. hieraus nicht nur die Intensität, mit der Rantudil/Rantudil forte wirkt, sondern auch die Schnelligkeit, mit der seine Wirkung einsetzt, erklären.

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel Rantudil enthält 30 mg Acemetacin. 1 Kapsel Rantudil forte enthält 60 mg Acemetacin. **Indikationen:** Schmerzen und Bewegungseinschränkungen bei: chronischem Gelenkrheumatismus, degenerativen Gelenkerkrankungen, insbesondere der großen Gelenke und der Wirbelsäule, Bechterew-Erkrankung, Gicht, entzündlichen Zuständen der Gelenke, Muskeln und Sehnen, Scheitelschmerz, Schleimbeutelentzündung, Hexenschuß (Lumbago), Entzündung oberflächlicher Venen (Thrombophlebitis) und anderer Gefäße (Vasculitis). **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Acetylsalicylsäure oder Indometacin. Bei Patienten mit vorausgegangenem oder bestehendem Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür nicht oder nur unter strenger ärztlicher Kontrolle. Patienten mit schweren Leber- oder Nierenschäden sorgfältig überwachen.

**Nebenwirkungen:** In wenigen Fällen können Kopfschmerzen, Schwindelgefühl oder Magen-Darm-Störungen auftreten, manchmal Augenflimmern, sonstige vorübergehende Beeinträchtigungen des Sehvermögens, Ohrenklingen, Müdigkeit oder allergische Hautreaktionen. Sehr selten auch Allergien gegen den Farbstoff Tartrazin. **Handelsformen:** 20 Rantudil Kapseln; 30 Rantudil Kapseln; 20 Rantudil forte Kapseln; 30 Rantudil forte Kapseln.

TROPON ARZNEIMITTEL KÖLN

Für Luxembourg:  
Integral S. A.  
5, Rue Christophe · Plantin  
Tél. 48.56.56

Die unmögliche Rheumatherapie:



### RANTUDIL® FORTE.

Wirksam wie die Stärksten.

Nebenwirksam wie die Schwächsten.

# Primär-

## Therapie\*

### 1. Therapie banaler Infekte (bakteriell oder viral bedingt)

(Helbig, G.:  
Med. Klin. 56, 1512 - 1514, 1961)

### 2. Begleittherapie bei notwendiger Antibiotikabehandlung

(Stolze, H. und Forth, H.:  
Der Kassenarzt 23, 43 - 48 (1983))

### 3. Therapie der temporären Abwehrschwäche

(Forth, H. und Beuscher, N.:  
ZfA 57, 2272 - 2275, 1981  
Blunck, K. D.:  
Der Kinderarzt 14, 991 - 992 (1983))

**Zusammensetzung:** 20 ml Esberitox liquid enthalten: Herb. Thujae occid. rec. 1 ml Perc. 1 = 5, Rad. Baptis. tinct. 2 ml Perc. 1 = 5, Rad. Echin. ang. et purp. 1 + 13 ml Perc. 1 = 10, Apis mellif. D 4 2 ml, Crotal. D 6 3 ml, Silic. D 4 3 ml, Laches. D 6 6 ml. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Liquidum. **Indikationen:** Esberitox wird eingesetzt zur Therapie akuter und chronischer Infekte (viral oder bakteriell bedingt) wie grippler Infekt, Bronchitis, Angina, Laryngitis, Otitis, bakterielle Hautinfektionen. Therapie der Infektanfälligkeit aufgrund einer temporären Abwehrschwäche, Begleittherapie zu einer Antibiotika-Behandlung bei schweren bakteriellen Infekten, Behandlung von Leukopenien nach Strahlen- und Zytostatika-Therapie. **Kontraindikationen:** Bisher keine. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind spezifische Nebenwirkungen bisher nicht aufgetreten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Liquidum 20 ml, 50 ml, 100 ml, AP 500 ml; Tabletten 50 St., 100 St., AP 1000 St.; Ampullen 5 x 2 ml, AP 100 x 2 ml; Suppositorien 10 St., AP 100 St.



Schaper & Brümmer

3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)

Naturstoff-Forschung und -Therapie

# Esberitox®

## \*Primär-Therapie

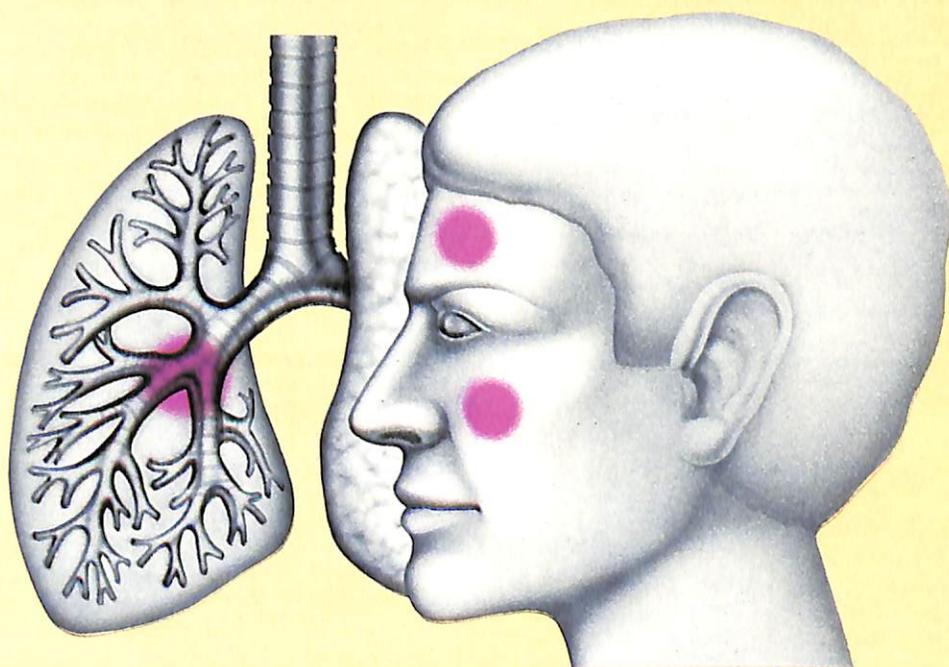
Wenn Sie mehr darüber wissen  
wollen, fordern Sie  
Esberitox-Literatur an.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABBASSIAN A. and WALLACE D.M.: Intracavitary chemotherapy of diffuse non infiltrating papillary carcinoma of the bladder. *J. Urol*, 1966, 96, 461.
- ABRAMS P.H.: ADM intra vésicale dans les tumeurs superficielle de vessie. *Brit. J. of Urol*, 1981, 585-587.
- BARLETT G.L., KREIDER J.W., PURNELL D.M. and KATSILAS D.C.: Augmentation of immunity to live 10 hepatoma by BCG. Comparison of different BCG preparations. *Cancer* 1980, 46, 448.
- BROSMAN S.A.: Immune response and immunotherapy in bladder cancer. *Int. Soc. of Urol*, 1979, Paris June 24-29.
- BROSMAN S.A.: Experience with bacillus calmette-guerrin in patients with superficial bladder carcinoma. *J. of Urol*, 1982, 128, 27-30.
- BUBENIK J., PERLMAN P., HELMSTEIN K. and MOBERGER C.: Immune response to urinary bladder tumors. *Int. J. of Cancer* 1970, 5, 39-46.
- BUBENIK J., PERLMAN P., HELMSTEIN K. and MOBERGER C.: Cellular and humoral immune response to human urinary bladder carcinomas. *Int. J. of Cancer*, 1970, 5, 310-319.
- BURNAND K.G., BOYD P.J.R., MAYO M.E., SHUTTLEWORTH K.E.D. and LLOYD-DAVIES R.W.: Single dose intravesical thiotepa as an adjuvant to cystodiathermy in the treatment of transitional cell bladder carcinoma. *Brit. J. of Urol*, 1976, 48, 55.
- BYAR D. and BLACKARD C.: Comparison of placebo, pyridoxine and topical thiotepa in preventing recurrence of stage I bladder cancer. *Urol*, 1977, 10, 556.
- CARTER S.K.: Chemotherapy and genito-urinary oncology. I. Bladder cancer. *Cancer Treat Rev.*, 1978, 5, 85-94.
- CATALONA W.J., CHRETIEN P.B. and TRAHAN E.E.: Abnormalities in cell-mediated immunocompetence in genitourinary cancer. *J. of Urol*, 1974, 111, 229-232.
- CATALONA W.J., POTVIN C. and CHRETIEN P.B.: Effect of radiation therapy for urologic cancer on circulatory thymus-derived lymphocytes. *J. of Urol*, 1974, 112, 261-267.
- CATALONA W.J., POTVIN C. and CHRETIEN P.B.: T. lymphocytes in bladder and prostatic cancer patients. *J. of Urol*, 1974, 112, 378-382.
- CROSS R.J., GLASHAN R.W., HUMPHREY C.S., ROBINSON MRG, SMITH P.H. and WILIAMS R.E.: Treatment of advanced bladder cancer with adriamycin and 5 fluorouracil. *British J. of Urol*, 1976, 48, 609-615.
- DEKERNION J.B.: The chemotherapy for advanced bladder carcinoma. *Cancer Research* 1977, 37, 2771-2774.
- DEKERNION J.B., GOLUB S.H., GUPTA R.K., SILVERSTEIN M. and MORTON D.L.: Successful transurethral intravesical BCG therapy of a bladder melanoma. *Cancer*, 1975, 36, 1662.
- DUOVILLE Y., PELOUZE G., ROY R., CHARROIS R., KIBRITE A., MARTIN M., DIONNE L., COULONVAL L. and ROBINSON J.: Recurrent bladder papillomata treated with bacillus calmette-guerrin: a preliminary report (phase 1 trial). *Cancer Treat. Rep.*, 1978, 62, 551.
- EDSMYR F. and BOMAN J.: Instillation of thiotepa (tifosyl) in vesical papillomatosis. *Act. Rad. Ther. Phys. Biol*, 1970, 9, 395.
- EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH ON TREATMENT OF CANCER COOPERATIVE GROUP FOR LEUKEMIAS AND HEMATOSARCOMAS: Clinical screening of epipodophyllotoxin VM 26 in malignant lymphomas and solid tumors. *Br Med. J.* 1972, 2: 744-748.
- E. GARCIA-GIRALT, AUVERT J., LACHAND A.T., BOTTO H., ABOU C., HANNOUN M. POUILLART P., PALANGIE T., JOUVE M. and MORIN Ph.: Combined chemotherapy in the managment of metastatic bladder cancer. *British J. of Urol*, 1981, 53, 318-319.
- HALL RR, BLOOM HJG, FREEMAN JE, et al.: Methotrexate treatment for advanced bladder cancer. *Br. J. Urol*, 1974, 46: 431-438.
- HALL R.R., EVANS R.G.B., PRITCHETT and PRICE D.A.: Combination chemotherapy for advanced bladder cancer. *British J. of Urol*, 1982, 54, 16-19.

- JACOBS S.C., MADDISON F.E., LAWSON R.K.: Doxorubicin hypogastric artery infusion combined with hyperthermia therapy for transitional cell carcinoma of the bladder. *Cancer Treat. Rep.*, 65, N° 9, 891-893.
- JAKSE G., HOFSTADTER F. and MARBERGER H.: Intracavitary doxorubicin hydrochloride therapy for carcinoma in situ of the bladder. *J. of Urol*, 1981, 125, 185-190.
- JONES H.C. and SWINNEY J.: Thiotepa in the treatment of tumors of the bladder. *Lancet* 1961, 2, 675.
- KAILASH R. KEDIA, CAROL GIBBONS and LESTER PERSKY: The management of advanced bladder carcinoma. *J. of Urology*, 1981, 125, 655-658.
- KOONTZ W.W., PROUT G.R., SMITH W., FRABLE W. and MINNIS J.E.: The use of intravesical thiotepa in the management of non invasive carcinoma of the bladder. *J. of Urol*, 1981, 125, 307-312.
- KREIDER J.W., BARTLETT G.L. and PURNELL D.M.: Immunotherapeutic effectiveness of BCG inactivated by various modalities. *Cancer* 1980, 46, 480.
- LAMM D.L., HARRIS S.C. and GITES R.F.: Bacillus calmette-guerrin and dinitrochlorobenzene immunotherapy of chemically induced bladder tumors. *Invest. Urol*, 1977, 14, 369.
- LAMM D.L., THOR D.E., HARRIS S.C., REYNA J.A., STOGDILL V. and RADWIN H.M.: Bacillus calmette-guerrin immunotherapy of superficial bladder cancer. *J. Urol*, 1980, 124, 38.
- MARTINEZ-PINEIRO J.A.: BCG vaccine in the treatment of non infiltrating papillary tumours of the bladder. *Bladder Tumors and Other topics in Urol. Oncol. Edit. by Pavone-Macaluso P.H., Smith and F. Edsmyr. New York Plenum Press* 1980 p. 175.
- MERRIN C.: Treatment of advanced bladder cancer with cis-diamminedichloroplatinium (II NSC 119875). A pilot study. *Journal of Urology* 1978, 119, 493-495.
- MERRIN C., CARTAGENA R., WASMAN Z., et al.: Chemotherapy of bladder carcinoma with cyclophosphamide and adriamycin. *J. Urol*, 1975, 114: 884-887.
- MORALES A., EIDINGER D., and BRUCE A.W.: Intracavitary bacillus Calmette-Guerrin in the treatment of superficial bladder tumors. *J. Urol*, 1976, 116, 180.
- MORALES A. and ERSIL A.: Prophylaxis of recurrent bladder cancer with bacillus calmette-guerrin. *Cancer of the Genitourinary Tract. Ed. by D.E. Johnson and M.I. Samuels Raven Press* 1979, p. 121.
- MORALES A., OTTENHOF P. and EMERSON L.: Treatment of residual non infiltrating bladder cancer with bacillus calmette-guerrin. *J. of Urol*, 1981, 125, 649-651.
- MUKAMEL E., SHOHAT B. and SERVADIO C.: Immunological profile of patients with transitional cell carcinoma of the bladder. *Brit. J. of Urol*, 1982, 54, 11-15.
- NIEH P.T., DALY J.J., HEANEY J.A., HENEY N.M. and PROUT G.R. Jr.: The effect of intravesical thiotepa on normal and tumor urothelium. *J. Urol*, 1978, 119, 59.
- NOCKS B.N., NIEH P.T. and PROUT G.R. Jr.: A longitudinal study of patients with superficial bladder carcinoma successfully treated with weekly intravesical thiotepa. *J. Urol*, 1979, 122, 27.
- OLIVER R.T.D., NEWLANDS E.S., WILTSHAW E. and MALPAS J.S.: A phase 2 study of cisplatinium in patients with recurrent bladder carcinoma. *British Journal of Urol*, 1981, 53, 444-447.
- OLSSON C.A., RAO C., MENZOIAN J.O. and BYRD W.E.: Immunologic unreactivity in bladder cancer patients. *J. of Urol*, 1972, 107, 607-612.
- O'TOOLE C., STEJSKAL V., PERLMANN P. and KARLSSON M.: Lymphoid cells mediating tumor-specific cytotoxicity to carcinoma of the urinary bladder. Separation of the effector population using a surface marker. *J. Exp. Med.*, 1974, 139, 457.
- PAVONE MACALUSSO M.: Chemotherapy of vesical and prostatic tumours. *Brit. J. Urol*, 1971, 43, 701.
- PAVONE-MACALUSSO, CARAMIA M., RIZZO F.P. and MESSANA V.: Preliminary evaluation of VM 26: a new epipodophyllotoxin derivative, in the treatment of urogenital tumours. *Eur. Urol*, 1975, 1, 53.

# de la bronchite à la sinusite



# Bisolvon®

un produit issu de notre recherche

Boehringer  
Ingelheim



un produit issu  
de notre recherche

# Bisolvon® (bromhexine)

## mucolytique

Le Bisolvon® est une substance, obtenue par synthèse, correspondant au principe actif contenu dans une plante indienne, l'Adhatoda vasica Nees. Il fluidifie les sécrétions bronchiques visqueuses et favorise l'expectoration ; par ce biais, il atténue la toux irritative et facilite la respiration.

Par voie orale, l'effet apparaît au bout de 30 minutes environ et, par inhalation, il se manifeste après 10 à 15 minutes ; toutefois, l'effet thérapeutique optimal n'est obtenu qu'après quelques jours de traitement. Bien toléré, le Bisolvon peut être administré à long terme sans inconvénient dans les cas chroniques.

### Propriétés

Le Bisolvon® diminue la viscosité des sécrétions du tractus respiratoire par fragmentation des fibres mucopolysaccharides acides et augmente la perméabilité capillaro-bronchique. Il favorise ainsi le transport mucociliaire et l'expectoration, augmente le volume des expectorations, diminue l'encombrement bronchique et élève les taux endobronchiques d'antibiotiques et d'immunoglobulines.

### Indications

- Affections des voies respiratoires comportant une altération de la production ou de l'élimination du mucus :
  - bronchite aiguë, trachéobronchite, bronchite chronique
  - bronchopneumopathies chroniques obstructives, bronchiectasies
  - sinusite aiguë, sinusite chronique.
- Keratoconjonctivite sèche (syndrome de Sjögren).

Le Bisolvon® est également indiqué lorsqu'on veut faciliter l'élimination de liquides étrangers intrabronchiques (moyen de contraste).

### Contre-indications

Il n'existe aucune contre-indication à l'emploi du Bisolvon®.

### Effets secondaires

Le Bisolvon® est bien toléré, à court et à long terme. Exceptionnellement, on peut observer de légers troubles gastro-intestinaux tels que nausées et dyspepsie.

### Mode d'emploi et posologie

- Voie orale  
Pour cette voie d'administration, on peut utiliser soit les comprimés, soit la solution : un comprimé à 8 mg correspond à 4 ml de solution.
- Inhalation (au moyen d'un appareil à aérosol)  
Chez les malades bronchospastiques, il est recommandé d'administrer préalablement un bronchospasmodique (p. ex. Berotec®, Atrovent®).

Doses journalières	SOLUTION		
	COMPRIMÉS	Voie orale	Inhalation à diluer 1 : 1 avec eau distillée
Adultes	3 x 1 à 2 comp.	3 x 4 à 8 ml	2 à 3 x 2 ml
Enfants de plus de 10 ans	3 x 1 à 2 comp.	3 x 4 à 8 ml	1 à 2 x 2 ml
Enfants de 5 à 10 ans	3 x 1/2 ou 1 comp.	3 x 4 ml	2 x 1 ml
Petits enfants	3 x 1/2 comp.	3 x 1 à 2 ml	2 x 10 gouttes
Nourrissons	-	3 x 10 gouttes	2 x 5 gouttes

### Remarques

- En recourant simultanément à l'administration orale et à l'inhalation, on peut obtenir une intensification de l'action du produit.
- Il faut éviter de mélanger à des solutions alcalines la solution de Bisolvon® dont le pH est acide (2,8).

### Présentations

Comprimés à 8 mg :  
Boîte de 50 comprimés.  
Conditionnement clinique de 250 comprimés.  
Solution pour inhalation et administration orale (4 ml = 8 mg) :  
Flacon de 100 ml.  
Conditionnement clinique de 250 ml.

Chaque flacon de solution est accompagné d'une mesurette graduée.

### Validité

5 ans.

### Formules

- Comprimés : N-cyclohexyl-N-méthyl-(2-amino-3,5-dibromobenzyl)-amine (= bromhexin.) - hydrochlorid. 8 mg - lact. - amyl. - gélatin. - magnes. stearas pro compr. uno.
- Solution : N-cyclohexyl-N-méthyl-(2-amino-3,5-dibromobenzyl)-amine (= bromhexin.) - hydrochlorid. 0.2 g - acid. tartaric. - méthyl-p-oxylbenzoas - aqua purific. ad 100 g.

Boehringer  
Ingelheim



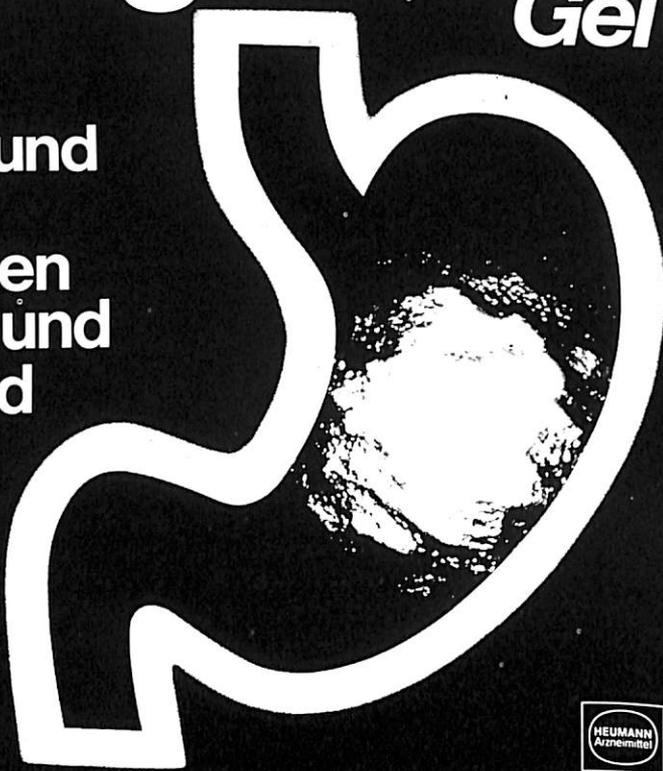
n.v. Boehringer Ingelheim s.a.  
rue du Collège St-Michel 17 - 1150 Bruxelles

- PAVONE-MACALUSO M. and EORTC GENITO-URINARY TRACT COOPERATIVE GROUP A.: The single drug chemotherapy of bladder cancer with Adriamycin, VM 26 or Bleomycin. A phase II multicentric, cooperative study. *European Urology* 1976, 2, 138-141.
- PINSKY C.M., CAMACHO F.J., KERR D., BRAUN D.W. Jr. WHITMORE W.F. and OETTER H.F.: Present status of trials in man: in *Immunoth. of Cancer* Edit. W. Terry and S. Rosenber. New York Elsevier Publiqhin Co 1982. Vol 2.
- PROUT G.: Carcinoma of the bladder 5 Fluorouracil and the critical role of a placebo. *Cancer* 1968, 22, 926-931.
- PROUT G.R., GRIFFIN P.P., NOCKS B., DE FURIA D. and DALY J.J.: Intravesical therapy of low stage bladder carcinoma with mitomycin c: comparison of results in untreated and previously treated patients. *J. of Urol.* 1982, 127, 1096-1098.
- RODRIGUEZ L.H., JOHNSON D., HOLOYE P.Y. et al.: Combination VM 26 and adriamycin for metastatic transitional cell carcinoma. *Cancer Treat. Rep.* 1977, 61: 87-88.
- SCHULMAN C.C., SYLVESTER R., ROBINSON M., SMITH P., LACHAND A., DENIS L., PAVONE-MACALUSO, M. DE PAURR and STAQUET M.: Adjuvant therapy of T1 bladder carcinoma. Preliminary results of an EORTC randomized study. *Recent Results Cancer. Res.* 1979, 68, 338.
- SMALLEY R.V., BARTOLUCCI A., HEMSTREET G. and HESTER M.: A phase II evaluation of a 3-drug combination of cyclophosphamide, doxorubicin and 5-fluorouracil and of 5 fluorouracil in patients with advanced bladder carcinoma or stage d prostatic carcinoma. *J. of Urol.* 1981, 125, 191-195.
- SMALLEY R.V., CARPENTER J., BARTOLUCCI A., VOGEL C. and KRAUSS S.: A comparaison of cyclophosphamide adriamycin, 5 fluorouracil (CAF) and cyclophosphamide, methotrexate, 5 fluorouracil, vincristine and prednisone (CMFVP) in patients with metastatic breast cancer. A Southeastern Cancer Study Group Project. *Cancer* 1977, 40, 625.
- SOCQUET Y.: Combined surgery and adjuvant chemotherapy with high dose methotrexate and folinic acid rescue (HDMTX-CF) for infiltrating tumours of the bladder. *British, J. of Urol.* 1981, 53, 439-441.
- SOLOWAY M.S.: Single and combination chemotherapy for primary murine bladder cancer. *Cancer.* 1975, 36, 333.
- SOLOWAY M.S.: Cis-diamminedichloroplatinum (II) in advanced urothelial cancer. *J. of Urol.* 1978, 120, 716-719.
- SOLOWAY M.S., MURPHY W.M., DE FURIA M., CROOKE S. and FINEBAUM P.: The effect of mitomycin c on superficial bladder cancer. *J. of Urol.* 1980, 125, 646-648.
- SYMES M.D., ECKERT H., FENELEY R.C.L. LAI T.: Transfer of adoptive immunity by intra arterial injection of tumor immune pig lymph node cells. *Urol.* 1978, 12, 398.
- TRONER M., and HEMSTREET G.: Cyclophosphamide, adriamycin and cis platinum (CAP) chemotherapy of metastatic transitional cell carcinoma (TCC) of the bladder. *Proc. Amer. Ass. Cancer. Res.* 1978, 19, 161.
- VEENEMA R.J., DEAN A.L., ROBERTS Jr, FINGERHUT B., CHOWHURY B.K. and TARASSOLY H.: Bladder carcinoma treated by direct instillations of thiotepa. *J. Urol.* 1962, 88, 60.
- YAGODA A.: Cis-diamminedichloroplatinum in advanced bladder cancer. *Cancer Treat. Rep.* 1976, 60, 917-923.
- YAGODA A.: Future implications of phase 2 chemotherapy trials in ninety-five patients with measurable advanced bladder cancer. *Cancer Research* 1977, 37, 2775-2780.
- YAGODA A., WATSON R.C., GONZALEZ-VITALE J.C. et al.: Cis-dichlorodiammineplatinum (II) in advanced bladder cancer. *Cancer Treat. Rep.* 1976, 60: 917-923.
- YAGODA A., WATSON R.C., KEMENY N., BARZELL W.E., GRABSTALD H. and WHITMORE W.F. Jr.: Diaminechloride platinum II and cyclophosphamide in the treatment of advanced urothelial cancer. *Cancer* 1978, 41, 2121-2130.
- YAGODA A., WATSON R.C., WHITMORE W.F. et al.: Adriamycin in advanced urinary tract cancer. *Cancer* 1977, 39: 279-285.

Schmerzpatienten – optimal versorgen!

# Spasmo- Solugastril® Gel

stoppt  
Krampf- und  
Säure-  
schmerzen  
spontan und  
anhaltend



## Das erste Antacidum+Spasmolyticum-Gel

**Zusammensetzung:** 1 Beutel Gel: Aluminiumhydroxid 100 mg berechnet auf Al<sub>2</sub>O<sub>3</sub> 4,350 g, Calciumcarbonat 0,600 g, Butylolnolphosphat 0,002 g, Excipientes ad 10,000 g. **Indikationen:** Krampf- und Säureschmerzen bei Gastritis, Gastro-duodenitis, Ulcus ventriculi et duodeni, Hyperazidität, Vollegefühl, Sodbrennen und Magenunverträglichkeiten durch Duodenalförder Kontraindikationen: Glaucom, Prostatahyperplasie mit Neigung zu Restharnbildung, Stenosen im Bereich des Magens, Darm-Krämpfe, Tachycardie

**Handelsformen:** 20 Beutel / 50 Beutel / Anstaltspackungen

**Hinweise:** Bei gleichzeitiger oraler Verabreichung von Breitbandantibiotika – insbesondere Tetracyclin – sollte berücksichtigt werden, daß die Resorption infolge der adsorptiven Wirkung von Aluminiumhydroxid reduziert sein kann. In seltenen Fällen kann die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt werden.

Stand Mai 1978

Littérature et échantillons: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A., Luxembourg

# Infarctus du myocarde et coronaires angiographiquement normales

**Richard SCHNEIDER**

Service de Cardiologie  
Hôpital de la Ville d'Esch

## INTRODUCTION

Les études anatomiques ont depuis longtemps montré que l'infarctus du myocarde reconnaissait pour cause habituelle l'athérome des artères coronaires au point que, dans l'esprit de beaucoup, les deux termes tendent à devenir synonymes. La pratique de la coronarographie sélective a montré, comme les examens anatomiques, la corrélation existant entre l'infarctus du myocarde et la présence de/ou d'occlusions des artères coronaires. Cependant, avec la généralisation de la coronarographie des observations d'infarctus du myocarde authentiques avec troncs coronaires angiographiquement normaux paraissent de plus en plus fréquentes.

Nous rapportons six observations d'infarctus dont un infarctus de localisation postéro-diaphragmatique et cinq de localisation antéro-septale avec coronaires apparemment normales.

Le nombre de ces observations paradoxales s'est considérablement accru au cours des dernières années sans que le mystère qui les entoure se soit dissipé; dans notre travail les différentes étiologies sont discutées, notamment l'occlusion coronaire temporaire, qu'elle soit d'origine spastique, soit due à la recanalisation d'un thrombus frais.

Comment expliquer cette discordance entre séquelles d'infarctus vraies et l'état apparemment normal du réseau coronarien?

Devant un tel paradoxe il faut s'assurer de l'authenticité de la nécrose myocardique et, si celle-ci est indiscutable, comme cela est le cas dans nos observations, il faut expliquer la coronarographie normale:

- ou bien il y a eu obstruction coronarienne et celle-ci est invisible ou a disparu
- ou bien il s'agit effectivement d'un infarctus sans occlusion coronarienne.

Si l'on vérifie l'authenticité d'une nécrose présumée et si l'on interprète avec rigueur la coronarographie, les infarctus véritables avec coronarographie normale paraissent tout de même très rares. Avec la généralisation de la coronarographie, les observations d'infarctus myocardique authentique avec coronaires apparemment normales, telles que les nôtres, seront certainement plus fréquentes dans les prochains temps. Ce paradoxe de coronaires saines et infarctus soulève un difficile problème physiopathologique, que seule la multiplication de telles observations peut peut-être éclairer.

## DISCUSSION

### 1. Résumé des observations

Nous présentons six observations cliniques de malades ayant présenté un infarctus du myocarde, confirmé électriquement, biologiquement et, dans deux cas, par l'examen autopsique, en l'absence totale d'athérome coronarien. Certaines caractéristiques se dégagent de nos observations d'infarctus du myocarde à coronaires saines. La fréquence de ces infarctus varie fortement selon les études, pour CHERRIER (7) 1,9%, alors que dans la littérature elle varie de 0,9% à 8,4%.

### 2. Facteurs de risque des sujets atteints d'un infarctus à coronarographie normale

Le facteur de risque le plus souvent rencontré dans la littérature est le tabagisme (7, 10, 11). Par ailleurs, il faut noter le rôle des oestrogénostatifs (12) de la grossesse et une hérédité coronarienne plus fréquente. Dans notre étude on est d'emblée frappé par la fréquence du tabagisme. Dans trois observations il s'agit d'un tabagisme important, dans deux cas le tabagisme n'est que modéré. Nous n'avons pas retrouvé la contraception orale comme facteur de risque. Dans aucune de nos observations n'intervient le facteur d'hérédité coronarienne.

Les troubles du métabolisme lipidique (7) et le diabète sont beaucoup plus rares. Un seul de nos patients présente une valeur du cholestérol supérieure à la normale.

Un malade présente comme seul facteur de risque une hypertension artérielle ancienne de vingt ans.

Aucun de nos malades ne présentait un poids supérieur à la moyenne, le pourcentage d'obèses dans les cas étudiés par CHERRIER (7) correspond à celui d'une population moyenne de même âge.

La moyenne d'âge des observations qui ont été étudiées jusqu'à présent (7) est de l'ordre de 35 ans, alors que l'infarctus classique est plus souvent observé lors de la quatrième ou de la cinquième décennie. L'âge de nos patients varie de 25 à 68 ans, avec une moyenne d'âge de 45,8 ans. Donc la moyenne d'âge de nos six patients est supérieure à celle de la littérature.

Pour les cas publiés jusqu'à présent il est difficile de conclure à une prédominance nette de patients de sexe masculin ou féminin et nous pensons qu'il faudra avoir plus de recul avant de pouvoir aboutir à une conclusion finale.

Dans ce type d'infarctus, l'infarctus est le plus souvent inaugural alors que dans les séries classiques il ne présente ce caractère que dans un tiers des cas. Il peut cependant être rapproché aux infarctus observés chez les jeunes de moins de 40 ans, où on a conclu que cet infarctus est dans 70% des cas inaugural.

### 3. Evolution et pronostics

D'après les études faites dans la littérature (7) un angor résiduel est rarement retrouvé. Les séquelles ventriculaires sont fréquentes, essentiellement le fait de nécroses antéroseptales et septales profondes. Malgré la présence d'une dyskinésie, l'insuffisance cardiaque reste très rare. L'épreuve d'effort réalisée après l'infarctus est d'habitude négative.

Le pronostic est fonction de l'atteinte ventriculaire gauche, déterminée par l'infarctus et ses séquelles: dans le meilleur des cas, on se trouve en présence d'un anévrisme, dans les autres cas d'une dyskinésie et d'un anévrisme.

Dans nos six observations on notera 50% d'atteintes ventriculaires gauches dont 33,3% d'anévrismes ventriculaires gauches.

### 4. Localisation

Cinq fois c'est le territoire antéro-septal qui est en cause, dans une seule observation il s'agit d'un infarctus postéro-diaphragmatique.

Dans l'étude faite par CHERRIER la localisation antérieure est aussi de loin la plus fréquente (dans à peu près la moitié des cas).

## 5. Etiopathogénies

### A – Lyse ou recanalisation d'une thrombose coronaire

L'induction de thrombus a été l'objet de nombreux travaux. Certains auteurs (17) utilisent la plasmine, d'autres l'adénosine diphosphate (14), facteurs d'agrégation plaquettaire. Ces auteurs étudient également par des contrôles angiographiques le devenir du thrombus sous l'action de substances fibrinolytiques et obtiennent une destruction complète du caillot, laissant un réseau coronaire normal.

Chez l'homme un certain nombre de données ont été étudiées:

#### a) L'effort physique

Celui-ci entraîne une thrombocytose, une augmentation de l'agrégabilité plaquettaire et du fibrinogène ainsi qu'une hypercoagulabilité structurale. Ces éléments réalisent des conditions favorables à la thrombose.

Certains infarctus à coronarographie normale ont été déclenchés à l'effort. Cependant, à l'état normal les phénomènes d'hypercoagulabilité sont compensés par une augmentation de la fibrinolyse. Un déséquilibre entre ces deux tendances, en faveur de l'hypercoagulabilité, pouvait donc expliquer certains infarctus survenant à l'effort. BROUSTET (5) a démontré que chez le coronarien l'entraînement à l'effort modifie les paramètres de la coagulation et permet de réduire ces phénomènes d'hypercoagulabilité précédemment décrits (diminution de l'adhésivité et de l'agrégation plaquettaire après un entraînement de deux ou trois mois).

#### b) Rôle des catécholamines

Les catécholamines (15, 18) sont un facteur d'agrégation plaquettaire. Leur perfusion a pu entraîner des infarctus du myocarde et elles ont été incriminées dans la genèse de certains accidents coronariens dus au stress.

#### c) Rôle des oestrogénostatifs

Ceux-ci favorisent l'agrégabilité plaquettaire en augmentant l'activité des facteurs VII et X. Ils

diminuent l'antithrombine III, tout ceci favorisant la formation de thrombus. Dans la plupart des cas décrits dans la littérature, l'infarctus est survenu des années après la prise de la pilule. De même, des infarctus ont été décrits chez des femmes en période de gestation où le mécanisme hormonal est également incriminé.

Il faut noter que les oestrogènes peuvent augmenter par ailleurs une dyslipidémie pré-existante.

Du point de vue anatomo-pathologique (1), une altération de la paroi artérielle coronaire par les oestrogénostatifs, se traduisant par un épaississement marqué de l'intima, a pu être mise en évidence. Mais il ne s'agit pas là d'une lésion débûtante d'athérosclérose, aucun dépôt lipophaque n'a été retrouvé.

La découverte des coronarographies normales s'explique par la dissolution ou la recanalisation du thrombus.

#### d) L'embolie coronarienne

Les facteurs étiologiques qui doivent surtout être évoqués sont les prothèses valvulaires aortiques ou mitrales et les valvulopathies mitrales en arythmie. Des occlusions artérielles par embolie, prouvées, peuvent complètement disparaître, ce qui a été démontré sur des occlusions thromboemboliques, induites par le cathéter.

#### e) Rôle du tabagisme dans la genèse de thromboses au niveau des coronaires en l'absence d'athérome

Les effets de la fumée inhalée, contenant de la nicotine et du monoxyde de carbone, sont multiples (11): une libération plus importante de catécholamines, une augmentation de la carboxyhémoglobine, un oedème de la paroi vasculaire, une réduction de la lumière du vaisseau, un spasme de l'artère, une augmentation de l'agrégation plaquettaire et une inhibition de la fibrinolyse.

Comme la fumée est d'une part responsable d'une augmentation de l'agrégabilité plaquettaire et d'autre part favorise le spasme au niveau d'une artère, le rôle du tabagisme dans l'infarctus à coronaires angiographiquement normales semble être indiscutable.

#### **f) Mécanisme de la recanalisation et de lyse du thrombus et de l'embolie**

Plusieurs rapports dans la littérature ont suggéré que le thrombus coronarien n'était pas la cause de l'infarctus, mais se formait après le début de l'infarctus. Cette hypothèse s'appuie sur du matériel d'autopsie de malades des unités de soins intensifs où on a retrouvé une fréquence plus grande de thrombus coronariens que chez des malades décédés plusieurs jours après l'infarctus.

On retrouvait en effet rarement des éléments thrombotiques chez des patients dont la mort survenait quelques heures après le début de l'infarctus. La thrombose serait secondaire à un mauvais débit engendré par l'infarctus lui-même.

L'infarctus à coronaires saines pose le problème de la lyse du thrombus, qu'il précède ou non l'infarctus du myocarde. Pour appuyer cette hypothèse il faudrait visualiser les coronaires à quelques reprises durant l'accident coronarien aigu.

Le mécanisme de la recanalisation se traduit par:

- une fissuration précoce par décollement du caillot de la paroi
- soit par véritable recanalisation du thrombus par des néo-vaisseaux.

Il y a différents arguments en faveur du processus de lyse ou de recanalisation.

1. Une occlusion artérielle due à une embolie et prouvée à l'angiographie peut complètement disparaître. Ceci a pu être démontré pour une thrombo-embolie artérielle induite par un cathéter à l'aide d'une coronarographie redevenue normale après l'infarctus du myocarde. La disparition complète de l'occlusion s'est faite dans le délai de deux mois.

2. On retrouve parfois des facteurs de risque comme une contraception orale, une prothèse valvulaire, une augmentation des plaquettes, augmentant ainsi le risque d'une thrombo-embolie.

3. L'étude histologique d'une embolie artérielle connue auparavant indique que de telles lésions peuvent lyser complètement, se rétracter d'un

côté et former une lumière excentrique ou recanaliser avec des lumières multiples. Chacun de ces modes de réorganisation du caillot donne une lumière suffisamment large pour donner un aspect normal à la coronarographie.

4. Parmi les patients avec un infarctus du myocarde non induit par le cathéter, à quelques exceptions près ils étaient asymptomatiques avant la survenue de l'infarctus du myocarde, et après ils étaient de nouveau sans signe évident d'angine de poitrine, de cardiomégalie. Evidemment, un infarctus peut être la première manifestation dans le cas où l'infarctus est en rapport avec une artériosclérose sévère, mais le pourcentage qui retourne à un état asymptomatique n'est pas si élevé que dans le groupe de malades présentant un infarctus à coronaires normales.

#### **B - Le spasme coronarien**

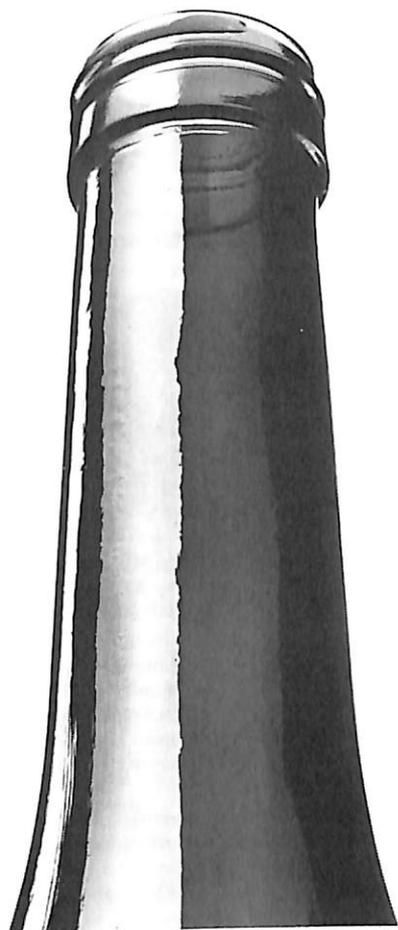
Considéré comme l'un des mécanismes principaux de l'angine de poitrine à certains moments, complètement rejeté par la suite, la réalité du spasme des artères coronaires a été prouvée par la coronarographie, comme en témoignent de nombreuses publications.

C'est à partir d'examen post-mortem et d'expérimentations animales que PRINZMETAL (16) a considéré que ce type d'angor était en rapport avec une occlusion temporaire d'une artère coronaire majeure. Le spasme a été évoqué comme mécanisme possible d'angor et de mort subite sans qu'il y ait de l'athérosclérose prouvée à la coronarographie, ni à l'autopsie. Un spasme persistant au niveau des artères coronaires peut aboutir à un infarctus du myocarde (9, 13). On distingue différents types de spasme coronariens:

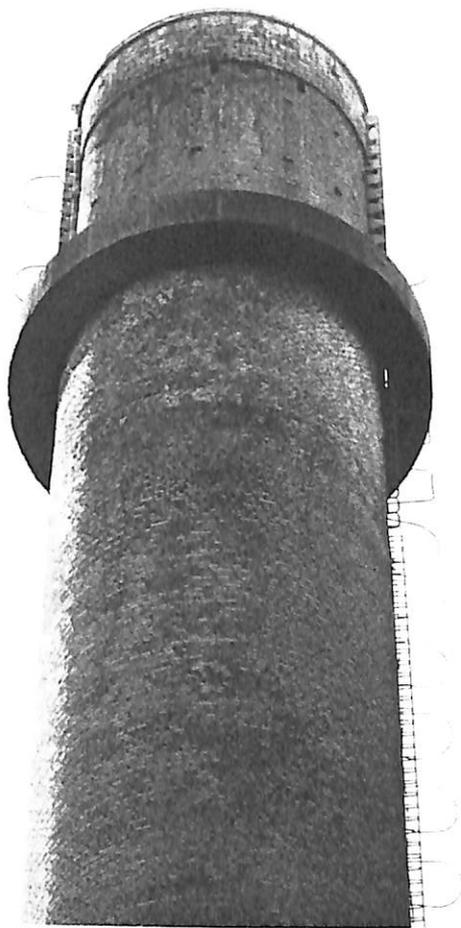
##### **1) Le spasme iatrogène**

Celui-ci est provoqué par l'irritation de l'ostium coronarien (le plus souvent droit) (2, 4) par l'extrémité du cathéter: à la coronarographie on retrouvera l'aspect d'un effilement progressif étendu depuis le bout de la sonde jusqu'à 1 ou 2 cm en aval. Sur le plan clinique, il faut noter l'absence de douleurs, de modifications électrocardiographiques du segment ST. Ce spasme disparaît au retrait du cathéter. Le fait que c'est le plus souvent la coronaire droite qui est touchée, est dû à la disposition anatomique de celle-ci.

# C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH



# H<sub>2</sub>SO<sub>3</sub>



Immer noch ist Alkohol die häufigste Leber-  
noxe, als vermeintlich belebend-entlastende  
Droge zudem leicht verfügbar. Jeder Nicht-  
Abstinente ist im Grunde gefährdet. Wer  
mehr als ca. 60 Gramm pro Tag konsumiert,  
riskiert eine Leberzirrhose. ■ Immer mehr

toxische Leberschäden jedoch beruhen auf  
Umweltnoxen. Dagegen hilft keine Absti-  
nenz. Legalon-Literatur anfordern, wenn  
Sie mehr darüber  
wissen wollen.

## LEGALON 70

Die Lebertherapie der achtziger Jahre

**Legalon 70 Zusammensetzung:** 1 Dragée enthält 70 mg Sily-  
marin mit mind. 30 mg Silibinin in 100 mg Extr. Fruct. Cardui  
mariae. **Indikationen:** Akute Hepatitis, chronisch-persistie-  
rende und chronisch-aggressive Hepatitis, Leberzirrhose,  
toxisch-metabolische Leberschäden (Fettleber, medikamen-  
töse Ursachen, Vergiftungen, durch Strahlenbelastung).

**Hersteller:** Dr. Madaus & Co., Köln

**Dosierung:** In schweren Fällen 3 mal täglich 2 Dragées, zur  
Nachbehandlung und als Initialdosierung bei  
mittelschweren Fällen 3 mal täglich 1 Dragée.

**Handelsformen:** O. P. mit 80 Dragées, O. P. mit  
400 Dragées.

**Vertretung für Luxemburg:** Integral S. A.,  
5 rue Christophe Plantin, 1025 Luxembourg.



# exacyl<sup>®</sup>

(acide tranexamique)

ANTIHEMORRAGIQUE RAPIDE – EFFICACE – D'USAGE QUOTIDIEN

**Indications:** hémorragies fibrinolytiques et états fibrinolytiques aigus, subaigus ou chroniques survenant par exemple au niveau de

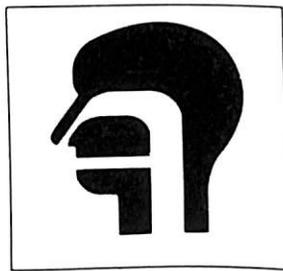
**l'appareil génital de la femme**

- ménorragies
- métrorragies



**la sphère O.R.L.**

- épistaxis graves et répétées
- prévention des hémorragies



*Contre-indications:* Manifestations thrombo-emboliques – Etats fibrinolytiques réactionnels à une coagulopathie de consommation – Grossesse.

*Précautions:* Etats d'insuffisance rénale. – En cas d'hématurie importante, il existe un risque de voir se former des caillots au niveau des voies urinaires excrétrices avec blocage rénal secondaire éventuel.

– En cas d'hémophilie, il y a lieu d'avoir recours en premier lieu aux cryoprécipités ou au facteur VIII; en second lieu, si nécessité s'en fait sentir, à l'acide tranexamique.

*Posologie:* La posologie peut varier entre 1 et 6 grammes par 24 heures en fonction du poids du malade et de l'intensité du syndrome hémorragique.

La dose quotidienne totale doit être administrée en prises fractionnées et régulièrement espacées.

**Présentation:** Boîtes de 100 comprimés à 250 mg – Boîtes de 5 ampoules I.V. de 5 ml à 500 mg – Boîtes de 5 ampoules buvables de 10 ml à 1000 mg.

*Durée de validité:* 3 ans

LABORATOIRE CHOAY

**Ets A. de Bournonville & Fils S.A.**

Parc Industriel de la Vallée du Hain

1430 B. R. WAUTHIER-BRAINE – Tél. (02) 384 60 80

## 2) Le spasme survenant sur une lésion organique sténosante (2, 4)

Le spasme survenant sur une lésion organique sténosante préexistante se traduit par une douleur spontanée prolongée avec un sus-décalage dans le territoire inférieur ou antérieur à l'ECG. L'ECG de repos est le plus souvent normal.

## 3) Spasme intéressant une artère coronaire angiographiquement normal

Ce spasme s'accompagne de douleurs (2) et de perturbations de l'ECG dans le territoire correspondant, tandis que l'ECG de repos est normal. A la coronarographie on retrouve une image d'obstruction totale, soit un rétrécissement important. L'administration de trinitrine ou de papavérine IV rétablit une circulation coronarienne normale, initialement un peu ralentie, puis redevenant strictement normale.

L'enregistrement électrocardiographique ou la réalisation d'une coronarographie au moment même du spasme spontané sont rares. Ceci a été rendu possible grâce aux tests de provocation.

## 4) Physiopathologie du spasme artériel

On distingue deux réseaux coronariens (8):

- le réseau extra-myocardique formé par les principales artères coronaires et leurs branches. Schématiquement, c'est le réseau visualisé à la coronarographie.
- le réseau intra-myocardique avec une zone épicaudique et une zone sous-endocardique bien distincte.

En ce qui concerne le spasme coronarien, c'est le réseau extra-myocardique qui est concerné. Ce réseau est doté de récepteurs adrénergiques et acétylcholinergiques, qui lui permettent d'avoir des états de relaxation ou de contraction parfois intempestifs.

Par un excès primaire de stimulation  $\alpha$ -adrénergique (8) des récepteurs coronariens, ou par une vagotonie cardiaque provoquant une vasoconstriction réflexe par arrêt des phénomènes vasodilatateurs, de même que par excès d'antagonisme  $\alpha$ -adrénergique coronarien ou par un blocage des  $\beta$ -récepteurs coronariens vasodilatateurs, libérant la seule réponse  $\alpha$ , le système nerveux autonome paraît être un facteur de spasme au niveau extra-myocardique. La stimu-

lation du système sympathique ou l'administration de norépinéphrine entraînent une vasoconstriction brève, qui sera suivie d'une dilatation des vaisseaux coronariens en raison des effets simultanés sur les  $\beta$ -récepteurs cardiaques.

En administrant des  $\beta$ -bloquants et en supprimant ainsi les récepteurs  $\beta$ , la réponse sympathique à une stimulation vagale sera uniquement de type vasoconstricteur et pourra aboutir à un spasme. Des rameaux vagues qui rejoignent les fibres sympathiques post-ganglionnaires peuvent avoir un effet de dépression directe de la libération de norépinéphrine.

Au niveau du spasme, sous certaines conditions, la stagnation de sang induite par le vasospasme peut aboutir à la déposition d'un thrombus au niveau de l'intima lésée. L'agrégation plaquettaire va donner une libération de différentes substances vasoactives (15) à partir des plaquettes, notamment les prostaglandines, substances puissamment actives sur le tonus vasculaire, mais dont l'instabilité limite les effets. Il existe de nombreux intermédiaires (8), les uns vasodilatateurs, les autres vasoconstricteurs, comme le thromboxane A<sub>2</sub>. La sérotonine renforce et prolonge le spasme. Ceci peut induire un cercle vicieux avec formation de thrombose, augmentation de la vasoconstriction ou les deux, avec une ischémie prolongée aboutissant à un infarctus du myocarde.

Les grands fumeurs font souvent des infarctus juvéniles massifs (8). La coronarographie montre des artères en apparence indemnes d'athérosclérose, mais avec une thrombose brusque qui a pu être la conséquence et non la cause d'un spasme, lui-même déclenché par une simple agrégation plaquettaire. Les fumeurs ont une activité plaquettaire accrue.

Par ailleurs, il faut noter le rôle joué par les ions  $Ca^{++}$ . Plus il y a d'ions  $Ca^{++}$  à l'intérieur de la cellule, plus il y en aura pour assurer la contraction. D'autre part, il y a une compétition entre le  $Ca^{++}$  et le  $H^+$ . Un excès d'ions  $H^+$  diminue le nombre de sites de couplage disponibles et réduit la force de contraction. Ainsi l'alcalose (8) peut reproduire l'angine de PRINZMETAL chez les sujets qui y sont sensibles.

Enfin, on peut encore citer le froid (8) et l'effort comme facteurs pouvant intervenir dans la genèse d'un spasme.

## 5) Coronarographie et spasme

D'abord il faut éliminer une erreur d'interprétation de la coronarographie. En effet, coronarographie normale veut dire aspect angiographique normal des artères coronaires, qui doit être constaté sur des films d'excellente qualité présentant chaque artère et le ventricule gauche sur plusieurs incidences.

Parmi les sources possibles d'erreurs d'interprétation, il faut citer:

- une sténose cachée, mal dégagée
- de nombreuses et fines collatérales donnant une image de chevelu en amont d'une branche coronaire totalement obstruée
- une superposition d'images
- l'obstruction totale d'une branche, l'ostium obstrué n'étant pas visible
- une occlusion au niveau des bifurcations
- prendre une artère diagonale pour une inter-ventriculaire antérieure.

Si l'on excepte l'erreur du diagnostic angiographique, qui constitue donc la première hypothèse à lever, de nombreuses théories ont été présentées pour tenter d'expliquer l'infarctus à coronaires apparemment saines.

Le spasme induit par le cathéter se présente à la coronarographie sous forme d'un défilé régulier en bout de sonde.

Ce qui permet de faire la différence entre l'angor de PRINZMETAL et une sténose organique, c'est le caractère irrégulier et excentré de la sténose organique. Dans certains cas particuliers, la sténose organique peut avoir un aspect radiologique tout à fait comparable au spasme. Finalement, le seul critère diagnostique formel est la disparition ou non de la lésion sous trinitrine intra-veineuse.

Le spasme a été défini sur la coronarographie par plusieurs critères établis par CHAHINE (6):

- apparition d'une obstruction transitoire totale d'une coronaire normale ou d'un rétrécissement athéroscléreux préexistant
- apparition d'un rétrécissement transitoire d'un segment coronaire, qui s'était montré préalablement ou secondairement normal du point de vue coronarographique

- disparition spontanée du rétrécissement à la suite de l'administration de nitroglycérine.

Les coronarographies normales réalisées chez nos malades ne sont pas en contradiction avec l'hypothèse du thrombus, ni du spasme, comme étiologie possible de l'infarctus du myocarde. D'une part, le spasme n'est qu'un phénomène temporaire et d'autre part, la lyse ou la recanalisation du thrombus peuvent bien avoir eu lieu dans le délai avant que la coronarographie ne soit réalisée.

Les tests de provocation constituent une preuve que le spasme coronarien est bien réel. Pendant une coronarographie il est possible de reproduire un spasme par les test au maléate d'ergonovine ou par injection de méthylergométrine.

On a pu démontrer chez les animaux que l'ergonovine est un agent  $\alpha$ -stimulant pour les fibres musculaires lisses de la paroi vasculaire, ceci étant dû à son action synergique avec la norépinephrine. Les antagonistes  $\alpha$ -adrénergiques bloquent son action. Un prétraitement avec de la réserpine ne bloque pas l'action de l'ergonovine. Donc, la drogue a une action  $\alpha$ -agoniste directe et n'agit pas en assurant une libération de norépinephrine.

Les indications du test de provocation peuvent être groupées en trois groupes:

1. Pour BERTRAND (3) dans l'angine de poitrine de PRINZMETAL il y a deux possibilités à la coronarographie:

- devant une sténose serrée il ne faut pas faire de test de provocation, mais faire une injection de trinitrine pour vérifier s'il s'agit bien d'une sténose organique et non fonctionnelle
- en présence de coronaires apparemment saines il faut faire une injection de méthylergométrine.

2. En présence d'une angine de poitrine spontanée nocturne, qu'il y ait ou non une lésion organique, il faut faire un test.

3. Une dernière indication sont les malades ayant présenté un infarctus du myocarde avec des coronaires saines.

Il s'agit donc de tests spécifiques et sensibles pour reproduire un spasme coronarien chez les malades présentant un angor de PRINZMETAL et

sans obstruction coronarienne majeure. Les résultats permettent de conclure que le spasme coronarien peut intervenir comme cause d'infarctus du myocarde chez des patients avec des coronaires saines.

Il faut également citer quelques causes rares d'infarctus du myocarde à coronaires angiographiquement normales qui sont l'intoxication oxy-carbonée, le shunt artério-veineux coronarien, les anomalies congénitales des coronaires et finalement les thromboses veineuses coronaires.

## CONCLUSION

A la faveur de six observations, nous avons étudié le problème posé par les infarctus myocardiques au décours desquels aucune lésion coronaire n'est décelée à la coronarographie. Cette absence de lésion visible à l'angiographie coronaire ne permet pas d'affirmer la totale intégrité des vaisseaux, et c'est la raison pour laquelle nous avons qualifié ces lésions d'infarctus du myocarde à coronaires angiographiquement saines. Dans deux cas cependant, où l'évolution s'est faite vers le décès, l'autopsie a permis de confirmer l'intégrité des vaisseaux coronaires, au moins du point de vue macroscopique. Dans tous les cas, la certitude du diagnostic d'infarctus myocardique est apportée par le caractère évocateur du tableau clinique, les anomalies caractéristiques de l'ECG, l'élévation enzymatique spécifique et enfin, dans la plupart des cas, les séquelles visibles à la ventriculographie.

L'âge moyen des patients est de 45,8 ans avec des extrêmes allant de 25 à 68 ans. Les sexes se répartissent entre deux femmes et quatre hommes. Cette courte série ne permet pas d'affirmer une prédominance masculine. Les données de la littérature à cet égard sont discordantes et il ne semble pas exister de prédominance masculine ou féminine. Dans nos observations, nous ne retrouvons pas d'importants facteurs de risque d'athérome, à l'exception du tabagisme pratiquement toujours présent. Dans une seule observation existait une hypertension artérielle, dans une autre une hypercholestérolémie. Dans deux observations sur six l'infarctus myocardique avait été précédé de douleurs angineuses tout à fait caractéristiques d'une maladie coronarienne.

Les cas d'infarctus à coronaires angiographiquement normale paraissent peu fréquents. Il est

cependant probable que la pratique systématique et de plus en plus répandue de la coronarographie permettra d'en déceler davantage. Les données de la littérature sont à cet égard discordantes et selon les séries on retrouverait 0,9% à 8,4% de coronaires apparemment normales dans des cas d'infarctus myocardiques prouvés.

A partir de nos observations et surtout des données de la littérature nous avons tenté d'élucider le difficile problème de la physiopathologie de ces infarctus. L'infarctus du myocarde résulte d'une interruption circulatoire prolongée dans un territoire plus ou moins important du myocarde. Habituellement, il s'agit d'une oblitération liée à la maladie athéromateuse avec présence d'un thrombus oblitérant. La réalité de la thrombose coronaire a été récemment affirmée par les coronarographies pratiquées au stade aigu de l'infarctus du myocarde et ayant justifié une thrombolyse intra-coronarienne. Dans toutes nos observations la coronarographie n'a été pratiquée qu'au décours de l'infarctus et au plus tôt à la troisième semaine. De ce fait, on ne peut faire que des suppositions quant à l'existence d'un éventuel thrombus disparu à la suite d'une fibrinolyse physiologique. Quant aux mécanismes de déclenchement de l'infarctus, on ne peut qu'émettre des hypothèses et en particulier évoquer le rôle possible du spasme. L'existence de spasme coronaire évoquée il y a longtemps déjà, mais niée formellement par la suite, est actuellement bien établie par les études coronarographiques qui ont permis d'affirmer la réalité de spasmes aboutissant à une obstruction quasi totale d'une artère coronaire. Certains spasmes ne sont révélés à la coronarographie qu'à la suite de tests de provocation. Quoiqu'il en soit, on peut émettre l'hypothèse de spasmes coronaires particulièrement prolongés et sévères ayant entraîné un foyer de myomalacie et peut-être une thrombose coronarienne.

En dépit de leur relative rareté, les infarctus myocardiques à coronaires angiographiquement saines méritent d'être connus, et il est probable que dans les années à venir la pratique systématique de la coronarographie permettra d'en découvrir de plus en plus et peut-être d'éclairer le mécanisme physiopathologique. Dès à présent la réalité du spasme coronarien est établie et, de ce fait, justifie les thérapeutiques appropriées et en particulier l'usage des inhibiteurs calciques.

Patient	L. R.	F. A.	G. L.	W. M.	M. R.	G. L.
Age	30	26	42	68	54	56
Sexe	M	M	F	F	M	M
Facteurs de risque	Tabagisme +++	Tabagisme +++	Tabagisme +++	HTA	Tabagisme +++	Tabagisme +++
Localisation	antéro-septal	antéro-septal	postéro-dia-phragmatiq.	antéro-septal	antéro-septal	antéro-septal
IVG	-	-	-	-	+++	-
Anévrisme	+	+	-	-	-	-
Coronaro-graphie	Anévrisme de la pointe du ventricule gauche coron. norm.	-	coronaires normales	prolapsus mitral, coronaires normales	rétrécissement aortique, coronaires normales	-
Contrôle anatomique	-	foyer de nécrose ischémique antéro-septal avec anévrisme de la pointe	-	-	-	nécrose antéro-septale franche, coron. sans athérome ni oblitération

Tableau No 1

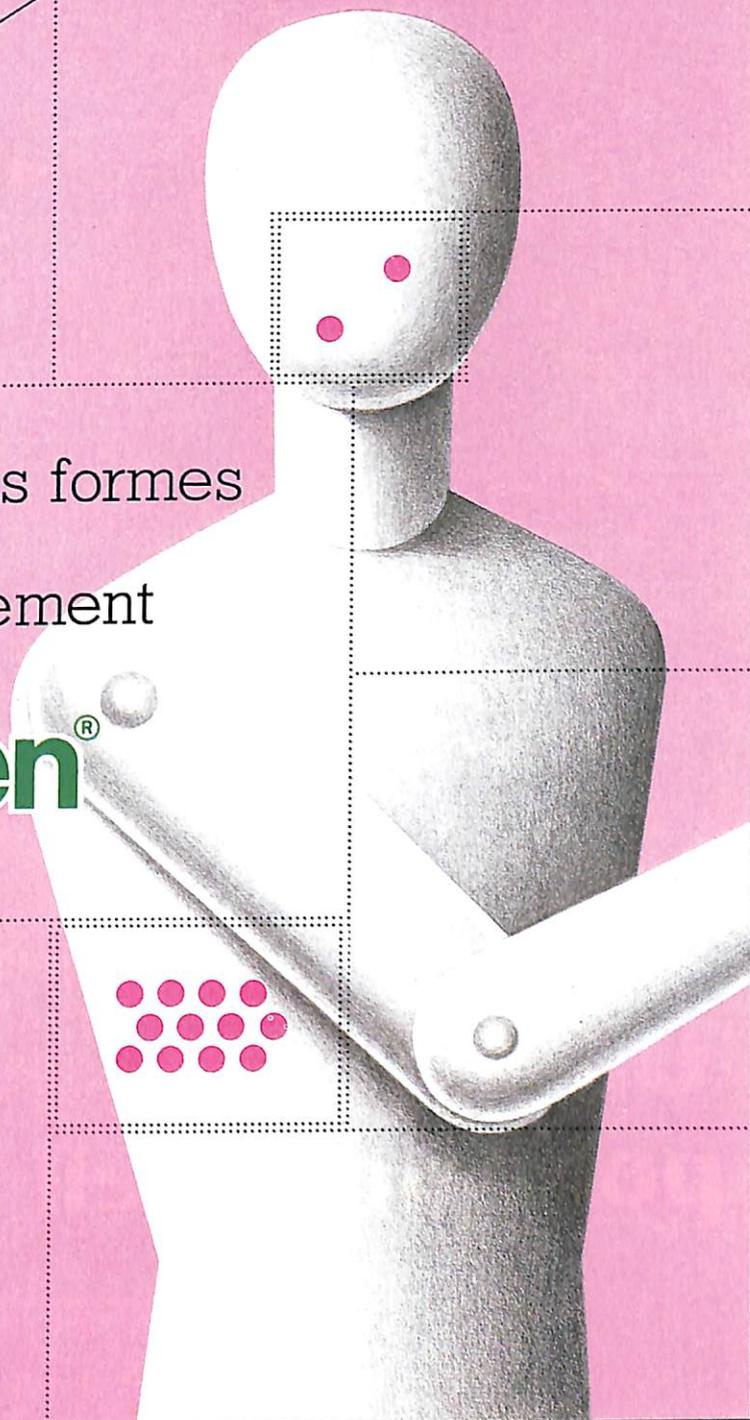
# virexen<sup>®</sup>

**NOUVEAU**

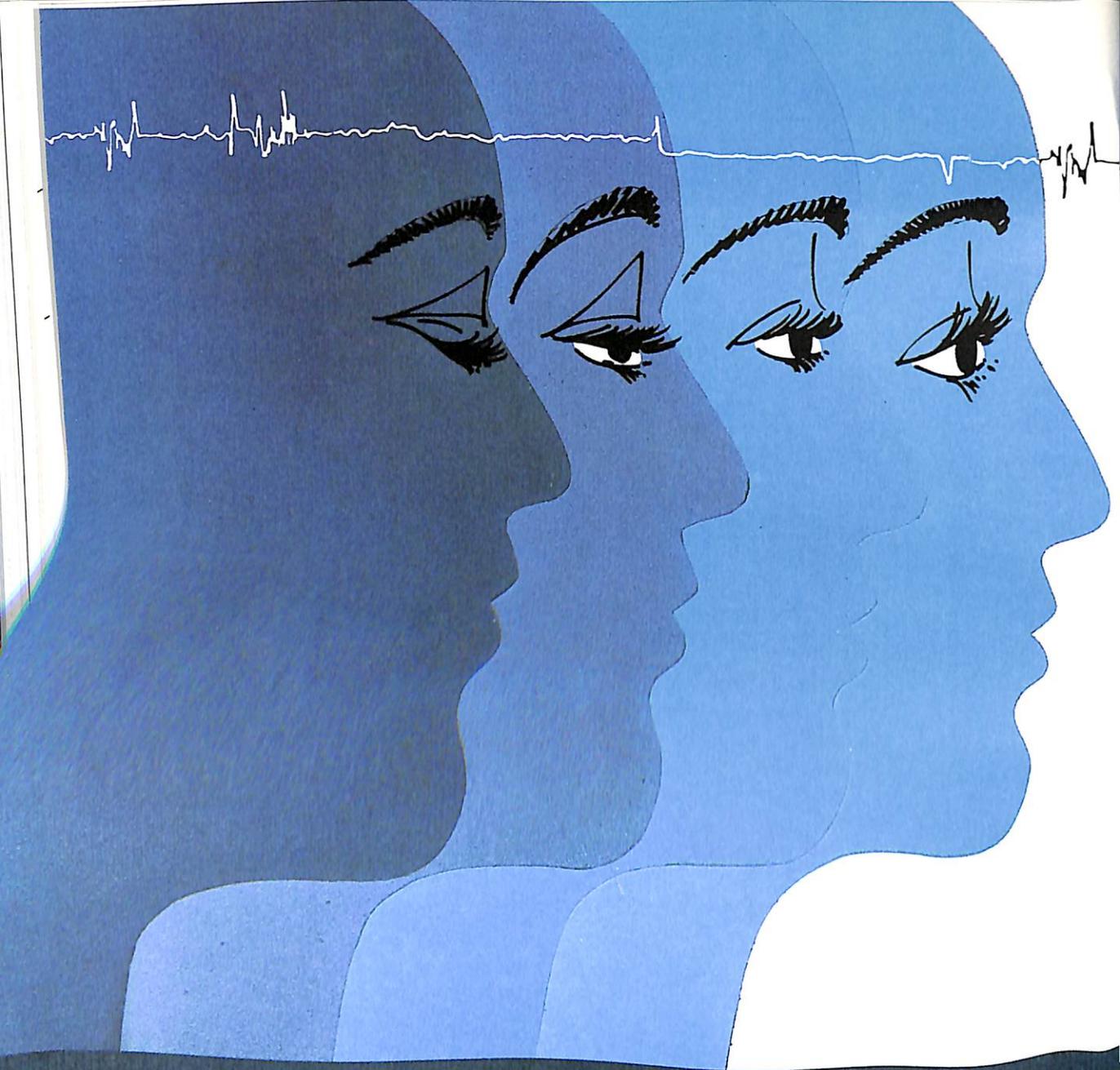
Les diverses formes  
d'herpès  
et leur traitement  
par

**virexen<sup>®</sup>**

solution



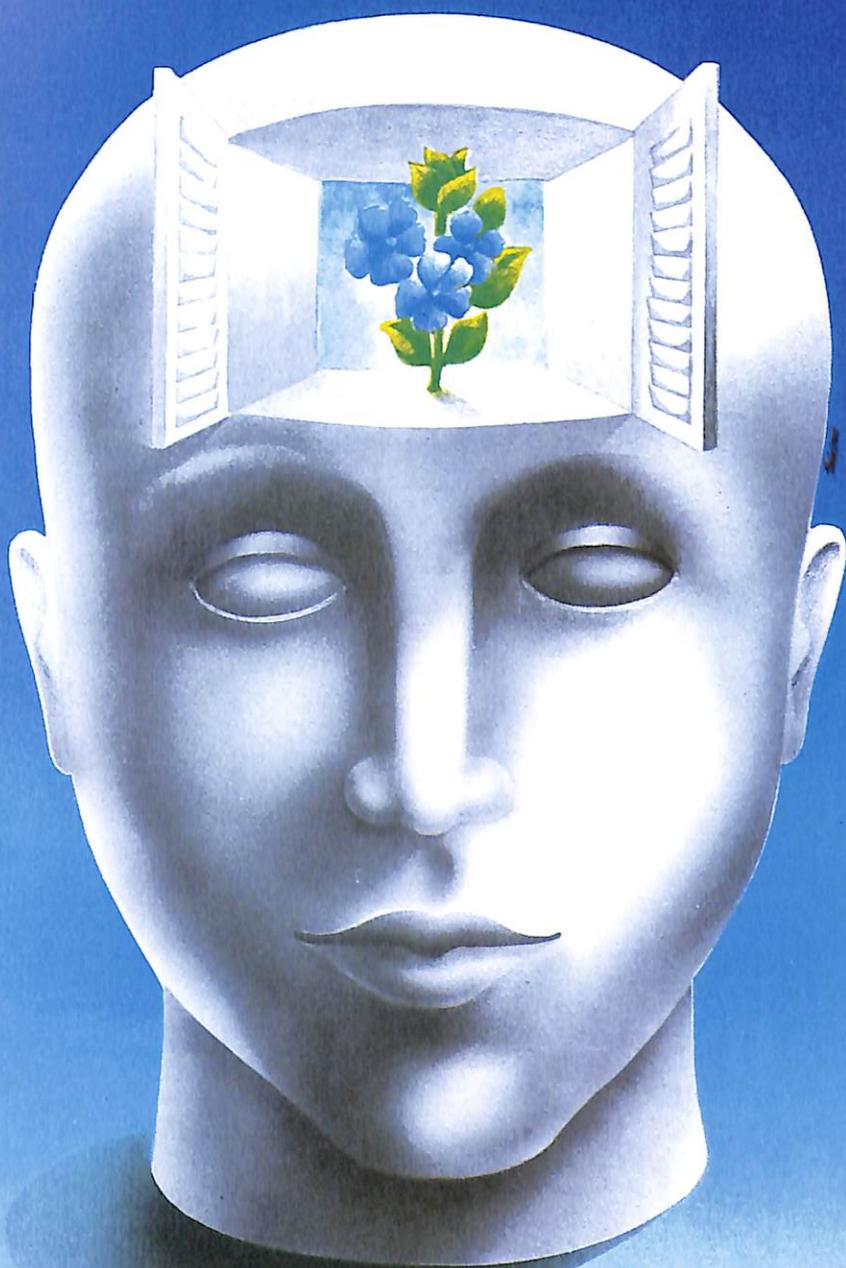
**Will-Pharma  
luxembourg**



**Un hypnotique doux  
pour un réveil allègre**

**STILNY**

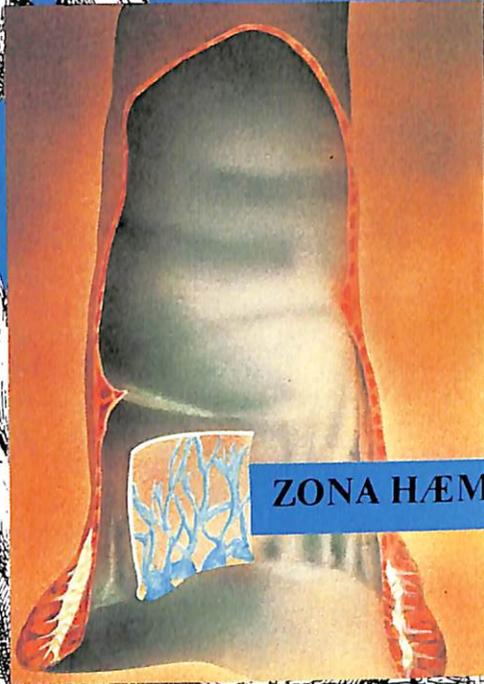
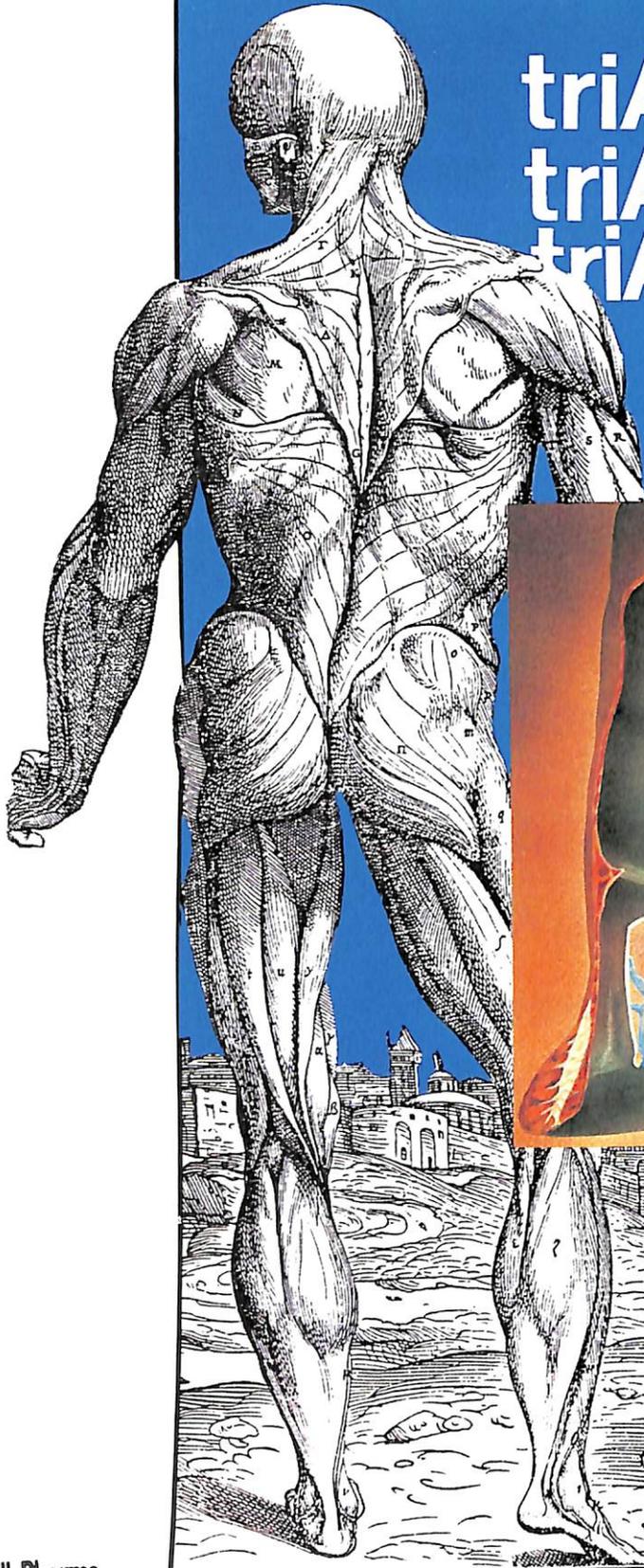
**Will-Pharma** rue d'Anvers 35 Luxembourg-Ville  
**luxembourg**



**OXYGERON<sup>®</sup>**  
**Intensificateur**  
**des fonctions cérébrales**

Pharma  
Luxembourg  
rue d'Anvers 35 Luxembourg-Ville

triAnal  
triAnal  
triAnal



ZONA HEMORRHOIDAL

Will-Pharma  
luxembourg

rue d'Anvers 35 Luxembourg-Ville

## BIBLIOGRAPHIE

1. A. BARILLON, J. ALLARD, W. VORHAUER, Y. BOUVRAIN: Thrombose coronaire après contraception orale. *Nouv. Presse méd.* 1977, 6: pp. 2758-2760
2. M.E. BERTRAND, C. LAISNE, J.M. LEFEBVRE, A. CARRE, M. WAREMBOURG Jr, J. LEKIEFFRE: Le spasme des artères coronaires. *Arch. Mal. Cœur* 1977, 70: pp. 1233-1244
3. M.E. BERTRAND, M.F. ROUSSEAU, J.M. LABRANCHE, M. WAREMBOURG Jr, A. CARRE, J. LEKIEFFRE : La détection du spasme des artères coronaires par le test à la méthylergométrine. Technique, résultats, indications. *Arch. Mal. Cœur* 1979, 72: pp. 123-129
4. M.E. BERTRAND, J.M. LABRANCHE, P.Y. TILMANT: Le spasme des artères coronaires. Actualités cardiologiques de l'hôpital Necker 1980, 102-14: pp. 2089-2091
5. J.P. BROUSTET, M. BOISSEAU, J. BOULOUIMIE, J.P. EMERIAU, M. BRICAUD: Influence de l'effort physique et de l'entraînement physique sur la fonction plaquettaire des coronariens. *Arch. Mal. Cœur* 1976, 69: pp. 305-313
6. R.A. CHAHINE, A.E. RAIZNER, T. ISHIMURI: The incidence and clinical implications of coronary artery spasm. *Circulation* 1975, 52: pp. 972-978
7. F. CHERRIER, C. BRETON, J.L. NEIMANN, G. FAIVRE: Profil épidémiologique des sujets porteurs d'un infarctus avec coronarographie normale. *Arch. Mal. Cœur* 1979, 72: pp. 26-31
8. J. DI MATTEO, J.P. BROUSTET, F. CHERRIER, A. PIC, P. GUERN, M.E. BERTRAND, J.P. BOUNMOURE, J. PUEL, P. GALLIBERT, J. DELAYE, R. RIOU, J.N. FIESSINGER: Le spasme en pathologie cardiaque et vasculaire. *Ann. Cardiol. Angéiol.* 1981, 30: pp. 71-96
9. H. RICHARD HELLSTROM: Coronary artery vasospasm: likely immediate cause of acute myocardial infarction. *Br. Heart J.* 1979, 41: pp. 426-432
10. A.K. JAIN: Cigarettes smoking, use of oral contraceptive and myocardial infarction. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1976, 126: pp. 301-307
11. W.J. Mc KENNA, C.Y.C. CHEW, C.M. OAKLEY: Myocardial infarction with normal coronary angiogram. *Br. Heart J.* 1980, 43: pp. 493-498
12. J.C. MANN, M.P. VESSEY, M. THOROGOOD, Sir R. DOLL: Myocardial infarction in young women with special reference to oral contraceptive practice. *Br. Med. Journal* 1975, 9: pp. 241-245
13. A. MASERI, R. MIMMO, S. CHIERCHIA, C. MARCHESI, A. PESOLA, A. L'ABBATE: Coronary artery spasm as a cause of acute myocardial ischemia in man. *Chest* 1975, 68: pp. 625-633
14. J. NORMAND, J. DELAYE, P. LOUISOT, P. CAHEN, M. AMIEL, M. SILIE, D.J. MONROZIER, P. FORMENT: L'angine de poitrine à coronarographie normale. Critères de diagnostic et hypothèses pathogéniques. Mise en évidence d'anomalies enzymatiques myocardiques. *Arch. Mal. Cœur* 1971, 64: pp. 1689-1710
15. P.B. OLIVIA, J.C. BRECKINRIDGE: Acute myocardial infarction with normal and near normal coronary arteries. Documented with coronary arteriography within 12 1/2 h of onset of symptoms in two cases (three episodes). *Am. J. Cardiol.* 1977, 40: pp. 1000-1007
16. M. PRINZMETAL, R. KENAMER, R. MERLISS, W. TAKASHI, N. BOR: Angina pectoris: I-A variant form of angina pectoris. *Amer. J. Med.* 1959, 27: pp. 375-388
17. P. RUEGSEGER, I. NYDICK, R. ABARQUEZ, F. REICHEL, GLIFFTONE, J. CADUE: Effect of fibrinolytic (plasmine) therapy on the physiopathology of myocardial infarction. *Amer. J. Cardiol.* 1976, 69: pp. 305-313
18. F. SCHIFFER, L. HOWARD HARTLEY, Ch. L. SCHULMANN, W.H. ABELMANN: Evidence for emotionally induced coronary arterial spasm in patients with angina pectoris. *Br. Heart J.* 1980, 44: pp. 62-66

**Zusammensetzung:** (je Retardkapsel) Dihydroergocristinmethansulfonat 1,5 mg, Dihydroergocorninmethansulfonat 1,5 mg, Alpha-Dihydroergocryptinmethansulfonat 1,0 mg, Beta-Dihydroergocryptinmethansulfonat 0,5 mg. **Indikationen:** Als unterstützende Maßnahme beim hirnrorganischen Psychosyndrom mit den Leitsymptomen Niedrigschlagheit, Schwindel, Verwirrtheit und Verhaltensstörungen. Zur symptomatischen Behandlung des Zervikalsyndroms. **Kontraindikationen:** Nicht im letzten Drittel der Schwangerschaft und bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Mutterkornalkaloiden anwenden. **Nebenwirkungen:** Gefühl der verstopften Nase, Schwindelgefühl, leichter Kopfdruck, Übelkeit oder Erbrechen, Magen-Darm-Beschwerden können auftreten. Da DCCK® Depot den Blutdruck senken kann, ist bei Patienten mit Erhöhtem Blutdruck oder mit Hypotonie Vorsicht geboten. In sehr seltenen Fällen wurden Einschlafstörungen, Hyperaktivität, leichte Bradykardie, orthostatische Beschwerden,

pektanginöse Beschwerden bei Angina-pectoris-Anamnese nach längerer Therapiedauer (3-4 Wochen) beschreiben. Ein Unterbrechen der Behandlung ist nur in Ausnahmefällen erforderlich. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** DCCK® Depot beeinflusst die Plättchenaggregation und Blutviskosität. Bei Patienten, die gleichzeitig die Blutgerinnung beeinflussende Arzneimittel erhalten, sollten bei Therapiebeginn mit DCCK® Depot häufigere Kontrollen der Gerinnungsverhältnisse vorgenommen werden. **Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Retardkapseln (N1) Anstaltspackung mit 50 Retardkapseln (N2)

**Rentschler**

Moderne Arzneimittel  
für den Fortschritt der Medizin

Dr. Rentschler Arzneimittel GmbH & Co., 7958 Laupheim  
PROPHAC Luxembourg B.P. 2063, Tél.: 48 24 82

## Wenn Sie dem Symptom **Schwindel** begegnen, denken Sie an zerebrale Mangelversorgung



Täglich eine -  
weiter keine

## stellt Ihren Zerebralpatienten wieder auf sichere Beine

# Livres et périodiques

## L'examen neurologique et ses bases anatomiques

par A. Gouaze, avec la collaboration  
de P. Larmande et J. Rolland

Expansion Scientifique Française, Paris,  
1983, 284 p.

La sémiologie neurologique est complexe et bien souvent les praticiens non spécialisés reconnaissent une certaine carence dans ce domaine. Le livre de Gouaze et collaborateurs constitue, bien qu'ils s'en défendent, une approche rajeunie de cette sémiologie neurologique. Après avoir défini une démarche cohérente de l'exploration des fonctions nerveuses, ils développent pour chacune des fonctions étudiées le plan suivant: définition générale de la fonction, construction d'un plan d'exploration avec définition des réponses normales, puis finalement, le raisonnement neurologique qui conduit au diagnostic topographique. Il s'agit donc d'une présentation permettant d'ar-

river au diagnostic clinique en partant logiquement de données anatomiques et fonctionnelles du système nerveux. Les auteurs analysent successivement la fonction somatique, les sensibilités, les grandes fonctions de l'extrémité céphalique et des nerfs crâniens, les fonctions symboliques, la vigilance et le coma. Des schémas très clairs illustrent un texte concis et clairement rédigé. Ce petit volume réussit particulièrement bien à rendre logique la démarche qui conduit au diagnostic; ce succès est dû à une réflexion pertinente – et rendue évidente dans le texte – sur la construction progressive de l'examen neurologique. On reconnaîtra donc à ce volume une grande valeur didactique qui doit intéresser l'étudiant en stage hospitalier et le médecin généraliste désireux de mieux systématiser ses connaissances. On peut cependant regretter l'absence des références bibliographiques qui permettraient d'approfondir une question particulière.

Prof. Delwaide, Liège

# The causes of cancer

**R. Doll, R. Peto,**

Oxford University Press,  
121 p., reprinted 1983

Excellent petit manuel, facile à lire, avec une quantité impressionnante d'informations pour la dimension du volume.

Le titre peut induire en erreur dans la mesure où il ne s'agit pas d'un livre de physio-pathologie ou de biologie moléculaire concernant l'oncogénèse, mais d'interprétation de données épidémiologiques surtout axées sur l'aspect de la manière dont les cancers sont évitables.

Les 2 auteurs sont des épidémiologistes connus dont le sérieux n'est pas à mettre en doute et qui par une réflexion et une approche objectives et chiffrées mettent en évidence les données épidémiologiques et les fausses impressions communes sur le cancer en général ainsi que les différentes distributions géographiques et ethniques.

L'approche clinique des auteurs vis-à-vis de données dites banales et la mise en question d'études sommaires souvent citées en référence est une approche bien-venue dans un domaine où la masse des publications devient contradictoire et inextricable.

Il s'agit d'un excellent volume à la lecture facile et qui est à recommander sans réserve.

**M. DICATO,  
Luxembourg**



# RENGASIL 400<sup>®</sup>

Pirprofen

Activité anti-inflammatoire  
efficace et rapide

**CIBA**

S.A. CIBA-GEIGY N.V. • NOORDKUSTLAAN 18 • 1720 DILBEEK (GROOT-BIJGAARDEN)



### Propriétés

La substance active du Rengasil, le pírprofen, exerce une action analgésique, anti-inflammatoire et antipyrétique. Le pírprofen inhibe la prostaglandine-synthase et exerce également un effet inhibiteur sur la chimiotaxie des leucocytes. Sur le plan clinique, l'action se traduit par une amélioration de la symptomatologie des affections rhumatismales, telles que douleur, raideur matinale, tuméfaction et sensibilité des articulations, ainsi que par une amélioration de la capacité fonctionnelle. Le Rengasil exerce également un effet analgésique dans les états douloureux graves non rhumatismaux d'origine inflammatoire. L'effet analgésique se manifeste déjà 30 minutes après la prise.

### Pharmacocinétique

Après administration orale, la substance active du Rengasil est rapidement et complètement résorbée. La prise concomitante de nourriture ou d'antacides n'influence pas la résorption. La concentration plasmatique maximale est atteinte en 1 à 2 h. Le pírprofen est lié à 99,8% aux protéines plasmatiques. La demi-vie plasmatique du Rengasil est de 5-8 h. Environ 80% de la dose orale sont éliminés en 24 h, par les reins sous forme de métabolites; moins de 5% de la dose sont retrouvés dans l'urine sous forme de substance active inchangée.

### Indications

Affections articulaires et périarticulaires inflammatoires et dégénératives de l'appareil locomoteur.

### Contre-indications

Ulcère gastro-duodénal évolutif et/ou hémorragie gastro-intestinale à l'anamnèse. Hypersensibilité à la substance active, affections hépatiques aigües, insuffisance rénale grave. En raison de l'existence d'une allergie croisée, le Rengasil ne sera pas administré à des patients asthmatiques chez qui l'ingestion d'acide acétylsalicylique, d'indométhacine, de naproxen ou d'un autre anti-inflammatoire non-stéroïdien a été suivie d'une crise d'asthme, d'urticaire ou de rhinite aigüe.

### Posologie

600-800 mg par jour. Dans les cas graves tels que les stades aigus d'arthrite rhumatoïde ou de spondylarthrite ankylosante, il est conseillé d'instaurer le traitement avec une dose journalière de 1200 mg. Cette posologie ne sera toutefois maintenue que pendant un temps aussi court que possible, du fait d'un risque accru d'apparition d'effets secondaires, et au maximum durant 15 jours. La posologie de 800 mg par jour, répartis en 2 à 3 prises, ne peut être appliquée pendant plus de 3 mois. La dose d'entretien est de 400-600 mg par jour.

### Effets secondaires

La fréquence d'apparition d'effets secondaires est généralement proportionnelle à l'importance de la dose administrée. La posologie recommandée doit donc être strictement respectée. Les plus fréquents sont:

- troubles gastro-intestinaux tels que: anorexie, nausées, vomissements,

- douleurs épigastriques, diarrhée, constipation, pertes de sang occultes, rarement ulcère peptique; surtout lors d'administration de longue durée;
- céphalées, vertiges, palpitations, dysurie, bourdonnement d'oreilles, œdèmes, thrombocytopénie;
- manifestations cutanées du type exanthème, stomatite aphteuse;
- troubles de la fonction hépatique [voir aussi Remarques et Précautions].

### Remarques et Précautions

- La prudence est de rigueur, lors d'administration de Rengasil à des patients présentant des troubles gastro-intestinaux.
- On évitera de prescrire le Rengasil à des patients atteints d'affections cardiaques sévères ou présentant des altérations de la coagulation sanguine.
- Un contrôle régulier de la fonction hépatique est recommandé.
- Lorsqu'apparaissent au cours d'un traitement de longue durée des anomalies de la fonction hépatique [spécialement augmentation des transaminases] et que celles-ci persistent, le traitement doit être interrompu.

### Interactions

Le Rengasil pouvant potentialiser l'action des anticoagulants, il y a lieu, lors d'administration concomitante éventuelle, d'effectuer régulièrement des contrôles supplémentaires du temps de prothrombine durant les premières semaines du traitement combiné, et d'adapter éventuellement la dose de l'anticoagulant.

- L'acide acétylsalicylique influence de façon négative la bio-disponibilité du pírprofen. L'administration simultanée de ces deux substances est donc à éviter.

### Grossesse et lactation

Il n'existe pas suffisamment de données permettant d'apprécier une éventuelle nocivité du pírprofen, en cas d'utilisation pendant la grossesse chez l'être humain. Dans l'expérience animale, la nocivité n'a jusqu'à présent pu être mise en évidence. En cas de grossesse, le médicament ne sera utilisé qu'après consultation du médecin. La question du passage éventuel du Rengasil dans le lait maternel n'étant pas résolue, on s'abstiendra de l'administrer aux femmes qui allaitent.

### Présentation

Boîte de 100 gélules à 200 mg.  
Conserver à température ambiante, à l'abri de la lumière et de l'humidité.  
Durée de validité: 3 ans. Voir date limite d'utilisation sur l'emballage.  
Pírprofenum 200 mg. Cellulose microcrist. - Gossypioleum hydrogenat. - Fer. oxyd. - Titan dioxyd. pro capsula gélatinosa una.

### Rengasil 400:

Boîte de 50 gélules à 400 mg.  
Conserver à température ambiante, à l'abri de la lumière et de l'humidité.  
Durée de validité: 3 ans. Voir date limite d'utilisation sur l'emballage.  
Pírprofenum 400 mg. Cellulose microcrist. - Gossypioleum hydrogenat. - Fer. oxyd. - Titan dioxyd. pro capsula gélatinosa una.

# Standardisierte Krebsbehandlung.

**G. Ott, H. Kuttig, P. Drings;**

Springer Verlag,  
Berlin-Heidelberg-New York.  
p 460

Il est évident qu'un traitement standardisé du cancer est une situation optimale pour l'oncologie clinique. Cette standardisation doit comprendre une terminologie standardisée s'appuyant de préférence à une classification générale des maladies et adoptant une définition et une nomenclature précises pour chaque type de cancer. Si possible, une standardisation pareille obtenue, il est également souhaitable que le traitement adopté pour une certaine situation donnée soit également standardisé.

Cette monographie tend à atteindre ces buts mais avec beaucoup d'insuffisances. Il s'agit d'un manuel multi-auteurs avec les avantages et les inconvénients habituels. Comme il est l'habitude dans ce genre de manuels, il y a une partie générale et une partie spéciale passant en revue les différents types de tumeurs.

Le lecteur averti notera que dans la partie générale il n'y a aucun élément nouveau à retenir et les données ne dépassent pas celles des manuels de cancérologie courants. En ce qui concerne la partie spéciale, on est frappé surtout par un certain nombre d'omissions et d'affirmations douteuses, ainsi dans la leucémie lymphoblastique de l'enfant, la radiothérapie du crâne est seulement recommandée dans les cas de présence leucémique dans le liquide céphalo-rachidien, les problèmes d'antigènes de leucémie lymphoblastique aigue (CALLA), de tdT et de biopsie testiculaire ne sont même pas effleurés.

Dans les paraprotéines, les gammopathies monoclonales d'origine indéterminée ainsi que les transitoires ne sont pas mentionnées. Dans les tumeurs coliques, on ne mentionne pas la classification de Dukes et si une standardisation est voulue, il faudrait au moins comparer les différentes méthodes de classification avec leurs avantages et inconvénients.

L'aminoglutéthimide n'est pas mentionné dans le traitement du cancer du sein. Les notions de rémission partielle ne sont pas

définies. Dans les tumeurs osseuses primaires le chapitre ne permet pas de dégager une attitude thérapeutique claire, il n'y a aucune distinction entre traitement de la tumeur primaire, traitement adjuvant éventuel, traitement métastatique. Dans le cancer de l'ovaire, le plan thérapeutique est mal défini et il n'y a pas de discussion comparative des différents schémas thérapeutiques. Dans le mélanome malin, les contradictions sont impressionnantes. C'est ainsi qu'une même référence est citée pour réfuter le traitement adjuvant et le chapitre recommande l'excision ganglionnaire qui est réfutée dans la même référence. La classification selon Breslow, actuellement la plus fiable, n'est pas mentionnée. Sur ces critiques, on se demande ce que veut standardiser ce manuel, comment est conçue la classification et si celle-ci

n'est pas claire, comment les auteurs entendent recommander une démarche logique de staging et de traitement. A cela s'ajoute que les références ne sont pas récentes, remontent à quelques années et sont parfois tirées de livres parus antérieurement et souvent ce n'est pas la dernière édition du manuel cité qui est donnée (p. ex. dans les leucémies il est fait référence au livre classique de Wintrobe de 1967 alors que ultérieurement il y a eu encore plus qu'une édition). Dans l'ensemble, ce manuel qui est facile à lire et très sommaire, n'apporte pas plus que n'importe quel autre livre de cancérologie de la même dimension et qu'il y a d'excellents manuels standard de cancérologie sur le marché.

**M. DICATO,  
Luxembourg**

**Parce qu'elle était  
athéroscléreuse  
avant d'être  
insuffisante  
vasculaire**



**Sulocton**®

**Traite l'insuffisance vasculaire  
S'oppose à l'évolution de l'athérosclérose**

Indications: insuffisances artérielles périphérique et cérébrale.

Effets secondaires: SULOCTON est dénué de toxicité et est bien toléré. Précautions: on évitera la prescription du médicament durant la grossesse, bien qu'expérimentalement SULOCTON soit dépourvu d'action tératogène.

Il n'y a pas d'inconvénient d'administrer SULOCTON à des patients soumis à un traitement par anticoagulants de type coumarinique et aux diabétiques.

Posologie: 3 gélules à 100 mg par jour.

Conditionnement: 50 et 100 gélules dosées à 100 mg.

Formule: Suloctidil. 100mg/ Mannitol./Silic.oxyd./ Gelat./Glycerol./Amyl./ Talc.pro capsul.gelat.una/ Ferr.oxyd.flav.(E172)/ Natr.indigotinodisulf.(E132)/Titan.oxyd.(E171) pro color.

Validité: voir emballage 213.S65.F4.

**3 x 1 gélule/jour**

CENTRE DE RECHERCHES BELGE  
**CONTINENTAL PHARMA**

Av.Louise 135 /1050 Bruxelles  
T:02/537.80.70



CREATION

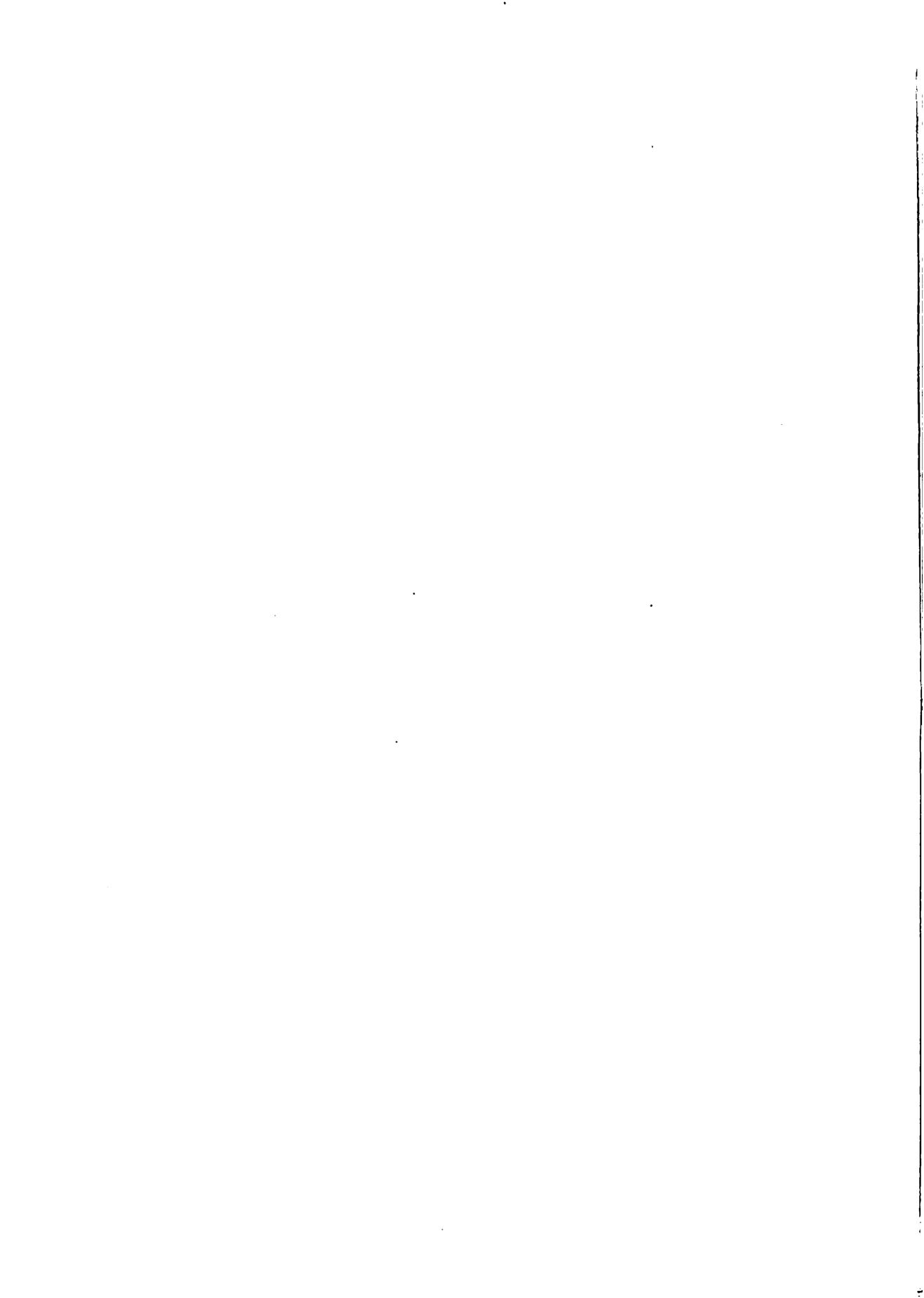
# Phlébographie en pratique courante par l'école française de phlébologie sous la direction de J.P. Caille

Publication: Expansion scientifique française, Paris. Pages 548

Ecrit par un grand nombre de cliniciens et de chercheurs, ce livre reflète l'effort commun de toute la phlébologie française au cours des dernières décades. Comme souvent dans le cas de multi-auteurs, certains chapitres sont claires et concis, d'autres le sont moins. C'est ainsi que les thèmes sur les varices essentielles et varices post-phlébitiques sont bien exposés. Il en est de même des chapitres ayant rapport aux disciplines voisines de la phlébologie comme l'angiologie, la rhumatologie, la dermatologie, la neurologie etc. Dans les phlébites profondes, on ne souligne pas assez l'importance d'un acte chirurgical éventuel visant à sauvegarder la perméabilité des varices en cas de thrombose afin d'éviter un syndrome post-phlébitique et de garder intact le système valvulaire. En outre on regrette l'absence de toute bibliographie, si minime soit-elle. Dans l'ensemble cependant, ce livre trouvera sa place, surtout dans les pays francophones, chez chaque médecin intéressé dans les problèmes de phlébologie.

**R. WILHELM,  
Luxembourg**





# Euglucon<sup>®</sup> 5

noch mehr Altersdiabetiker sind mit Euglucon 5 optimal einstellbar, denn nur Euglucon 5 setzt immer dann Insulin frei, wenn es gebraucht wird – nach jeder Mahlzeit.

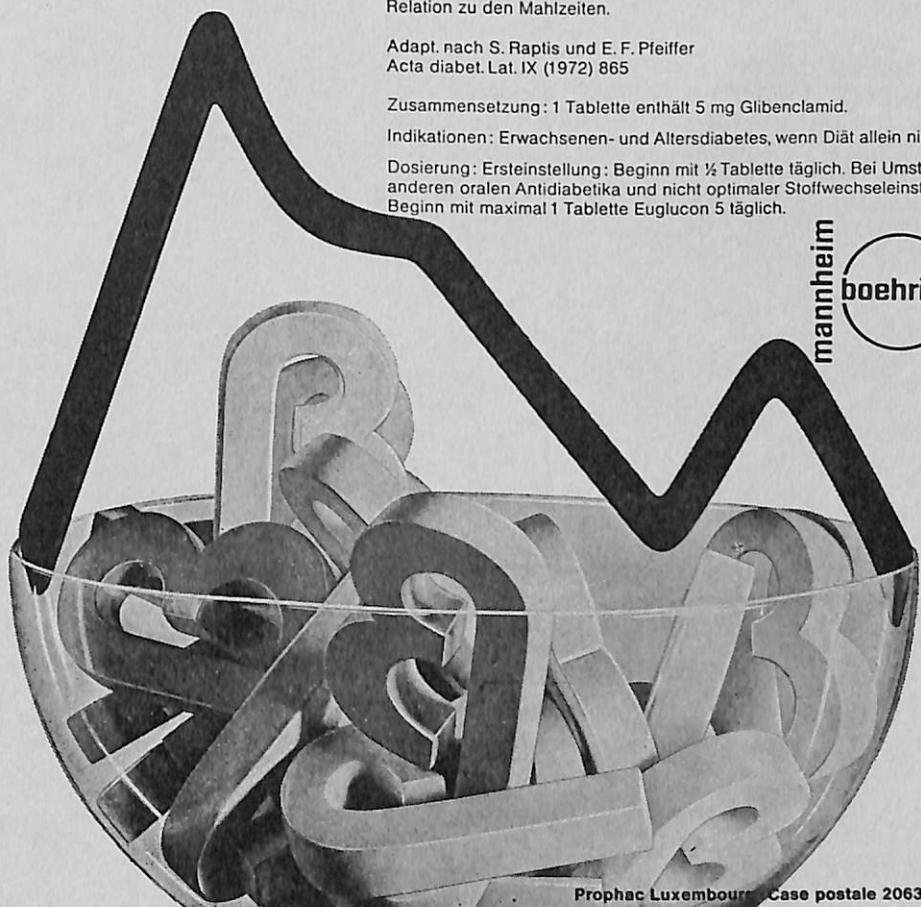
■ Insulinsekretion bei mit Euglucon 5 behandelten Altersdiabetikern in Relation zu den Mahlzeiten.

Adapt. nach S. Raptis und E. F. Pfeiffer  
Acta diabet. Lat. IX (1972) 865

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 5 mg Glibenclamid.

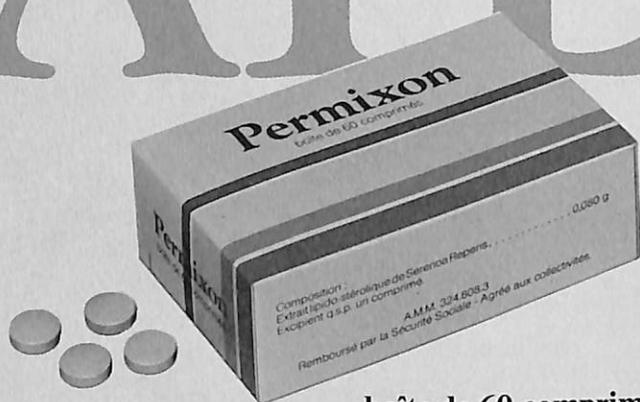
Indikationen: Erwachsenen- und Altersdiabetes, wenn Diät allein nicht ausreicht.

Dosierung: Ersteinstellung: Beginn mit ½ Tablette täglich. Bei Umstellung von anderen oralen Antidiabetika und nicht optimaler Stoffwechseleinstellung: Beginn mit maximal 1 Tablette Euglucon 5 täglich.



mannheim  
boehringer

# PROS TATE



boîte de 60 comprimés

## Permixon

Extrait lipido-stérolique de Serenoa repens

### nouveau traitement médical de l'adénome prostatique

**Comprimés enrobés** Boîte de 60 comprimés. **Composition** Extrait lipido-stérolique de Serenoa repens : 0,080 g par comprimé, soit 4,8 g par boîte. Excipient : carbonate de magnésium léger, silice colloïdale, kaolin lourd, amidon de blé, caséine méthylée, polyvidone excipient, stéarate de magnésium QS pour un noyau de 0,423 g ; hydroxy-propyl méthyl cellulose, oxyde de titane, laque bleue indigotine, laque jaune de quinoléine, glycérol QS pour un comprimé pelliculé de 0,438 g. **Propriétés pharmacologiques** • Permixon possède des propriétés anti-androgènes au niveau des organes-cible (prostate), sans interférence sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et sans activité œstrogénique ou progestative. • Permixon a par ailleurs une activité antiœdémateuse très nette. **Indications** Manifestations fonctionnelles liées à l'hypertrophie bénigne de la prostate. **Contre-indications** Aucune contre-indication ou effet secondaire connu à ce jour. **Mode d'emploi et posologie** Voie orale. 4 comprimés par jour en 2 prises (cure de 4 à 8 semaines). Coût journalier du traitement : 6,59 F. A.M.M. 324 808-3 - Commercialisé en 1982. **Prix : 98,90 F.** Remb. Séc. Soc. à 70 %. Agréé Collectivités.

Laboratoires Pierre Fabre - P.F. Médicament - 125, rue de la Faisanderie - 75116 Paris

PROPHAC Luxembourg - case postale 2063 - Tél. 48.24.82

