

- Dans les Folia d'avril 2007, nous avons écrit qu'outre les émoullients, les **corticostéroïdes à usage local** représentent toujours la base du traitement de l'eczéma atopique. Ceux-ci sont souvent utilisés à raison d'une à deux applications par jour. Plusieurs études randomisées contrôlées ont comparé pour les préparations très puissantes, puissantes et moyennement puissantes à base d'un corticostéroïde, l'effet d'une seule application et de plusieurs applications journalières: aucune de ces études n'a montré une plus grande efficacité avec plusieurs applications journalières. Sur base de ces données, le *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* recommande d'utiliser les préparations moyennement à très puissantes à base d'un corticostéroïde à raison d'une seule application par jour. De plus, une faible fréquence d'application diminue le risque d'effets indésirables telle l'atrophie cutanée, améliore l'observance du traitement et diminue le coût de celui-ci. Ces données relatives à une seule application journalière ne peuvent toutefois pas être extrapolées aux préparations peu puissantes, telles celles à base d'hydrocortisone ou d'acétate d'hydrocortisone, recommandées dans l'eczéma atopique de gravité légère à modérée. [*Brit Med J* 2007; 334:1272]

- **La déhydroépiandrostérone (DHEA) et la testostérone** sont souvent présentées dans des messages publicitaires comme des médicaments contre le vieillissement. A propos de la DHEA, nous avons déjà écrit dans les Folia de juin 2003 qu'il n'existe aucune preuve de son efficacité dans quelque indication que ce soit, et que ses effets indésirables (notamment androgéniques) sont bien réels. Les résultats d'une étude randomisée contrôlée par placebo d'une durée de deux ans, réalisée chez des personnes âgées d'au moins 60 ans ne montrent aucun effet

tif par la DHEA et/ou de faibles doses de testostérone en ce qui concerne la composition corporelle, la performance physique, la tolérance glucidique ou la qualité de vie. [*New Engl J Med* 2006;355:1647-59] Une légère augmentation de la densité minérale osseuse a été observée à certains endroits (p. ex. col du fémur, radius) chez les patients traités par la DHEA ou la testostérone, mais cet effet est minime, et en tout cas beaucoup plus faible que celui observé avec les médicaments utilisés dans l'ostéoporose [en ce qui concerne le traitement de l'ostéoporose, voir Folia de juillet 2007]. Les résultats de cette étude plaident en tout cas contre l'utilisation de la DHEA et de la testostérone contre le vieillissement.

- La carence en vitamine B₁₂ se rencontre fréquemment, surtout chez les personnes âgées, et peut entraîner une anémie macrocytaire et des troubles neurologiques (anémie pernicieuse). L'anémie pernicieuse est traitée classiquement par des injections intramusculaires de cyanocobalamine, ou de préférence d'hydroxocobalamine vu qu'elle reste plus longtemps dans l'organisme et ne doit être administrée qu'à intervalles de 3 mois. Il ressort de deux études randomisées contrôlées de petite taille que **l'administration orale de vitamine B₁₂** à doses élevées (respectivement 1 et 2 mg par jour) est aussi efficace que l'administration intramusculaire en ce qui concerne l'amélioration à court terme (après 3 et 4 mois) des symptômes hématologiques et neurologiques. [*Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3): CD004655] L'auteur d'un commentaire paru dans *Evidence Based Medicine* [2006;11:9] attire toutefois l'attention sur le fait que la dose précise par voie orale n'est pas établie, et que l'observance du traitement ne peut être garantie chez les personnes âgées prenant déjà souvent plusieurs médicaments par voie orale.