

lu pour vous

Coordination : Dr Jean Perdrix, PMU
(Jean.Perdrix@hospvd.ch)

Quel est le meilleur traitement pour la maladie variqueuse : chirurgie, sclérothérapie à la mousse ou laser ?

Cette étude prospective, incluant onze centres de chirurgie vasculaire au Royaume-Uni, a randomisé 798 patients présentant des varices des membres inférieurs en trois groupes : chirurgie classique, sclérothérapie à la mousse ou traitement par laser endoveineux. Les patients présentaient des varices symptomatiques, avec une atteinte des saphènes (la grande dans plus de 80% des cas) avec un reflux prouvé après cartographie par échographie-doppler. Les patients de moins de 18 ans étaient exclus de l'étude, comme ceux qui présentaient une contre-indication à l'une des techniques ou une maladie thromboembolique active. Les patients étaient évalués après six semaines et six mois pour la qualité de vie, le succès clinique et le taux de complications et d'effets secondaires sérieux. Après l'intervention, la qualité de vie entre les trois groupes était similaire après six mois. La fréquence des complications mineures périopératoires était moindre ($p < 0,001$) avec le laser (1%) qu'avec la chirurgie (7,1%) ou la sclérothérapie à la mousse (6,2%), mais le taux de complications à six mois entre la chirurgie (46,2%) et le laser (48,6%) était comparable et légèrement inférieur à la sclérothérapie à la mousse (57,4%). Le pourcentage d'effets secondaires graves, liés à la procédure, était très faible (autour du pour cent) et similaire dans les trois groupes. Le succès échographique à six semaines (ablation de la grande saphène) était supérieure ($p < 0,001$) dans les groupes chirurgie (84,4%) et laser (83%) par rapport au groupe sclérothérapie à la mousse (54,6%).

Commentaire : cette étude bien conduite confirme l'efficacité du traitement endovasculaire par laser qui est équivalent à celui de la chirurgie et permet souvent une prise en charge en ambulatoire. Il convient cependant de garder à l'esprit que 38% des patients dans le groupe sclérothérapie à la mousse et 31% dans le groupe laser ont eu un complément de traitement à six semaines par sclérothérapie à la mousse. Enfin, rappelons l'importance d'une cartographie préopératoire systématique par un spécialiste d'échographie vasculaire : dans bien des cas, le choix de la technique reste en premier lieu dicté par l'anatomie des varices et l'expérience de l'opérateur.

Dr Nicolas Blondel
HFR Fribourg - Hôpital cantonal

Brittenden J, et al. A randomized trial comparing treatments for varicose veins. *N Engl J Med* 2014; 371:1218-27.

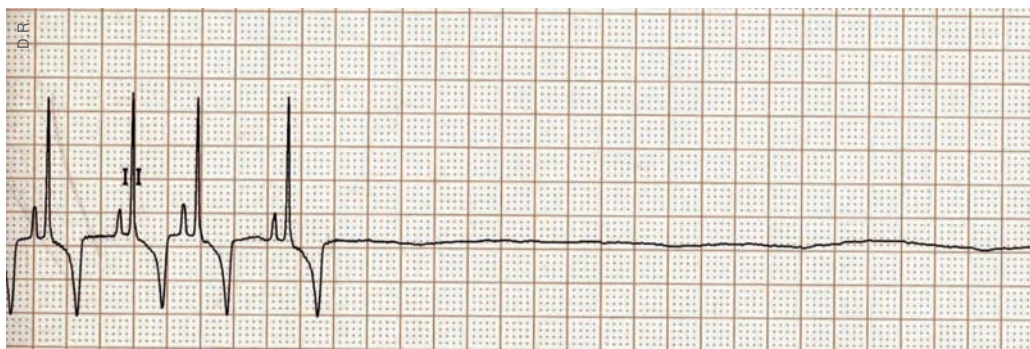
point de vue

L'éthique et la fin de vie en France : deux «scandales» et trois enjeux majeurs

La France n'en finit pas de rouvrir les débats sur la médicalisation de la «fin de vie», la «sédation profonde», le «suicide assisté» et les «directives anticipées». Il y a là comme une valse sociologique et sémantique, une peur collective de la somme des fins individuelles, un affrontement tenu pour idéologique dont on présente les aboutissants sans jamais, ou presque, parler des tenants. C'est

die incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité.»

A mi-mandat de son quinquennat, la question reste entière. Et c'est dans ce contexte que s'inscrit un nouveau document officiel :



aussi une autre manière, passionnée, de parler du pouvoir médical et d'en contester les excès. C'est, en bref, une affaire éminemment politique dans un pays qui, de ce point de vue, souffre d'une forme de déliquescence larvée, de désagrégation de ses espérances.

Après trois décennies de controverses, la France était parvenue à promulguer une loi. C'était en 2005 et elle fut baptisée «Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie». Quelques nouvelles affaires médiatisées permirent vite de faire un double constat. Le premier était que cette loi ne fournissait pas de solution concrète à toutes les difficultés rencontrées en pratique – comme si une loi pouvait aplanir toutes les difficultés des existences humaines, à commencer par leurs fins. Le second était que les dispositions de cette loi n'étaient pas connues de la quasi-totalité des citoyens – à commencer par les médecins et les infirmières. Tout se passait comme si la collectivité ne souhaitait pas connaître ce que le législateur avait gravé dans le marbre pour les derniers instants de chacun de ses membres.

Entre-temps, le pays changea de président de la République. Et celui qui fut élu (au printemps 2012) avait pris un engagement :

«Je proposerai que toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une mala-

die incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité.»

le dernier rapport du Comité national français d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE).¹ Ce document (un «rapport», à bien différencier d'un «avis») comporte plusieurs éléments saillants. Depuis trente-et-un ans que cette institution existe (elle avait été voulue par François Mitterrand alors fraîchement élu président de la République), c'est la première fois (sous réserve d'inventaires linguistiques exhaustifs) que l'on a recours au mot *scandale*.

Au terme de ses enquêtes et de ses écoutes sur le thème de la fin de vie, le CCNE souligne «l'expression forte, et unanimement partagée par les personnes, d'une volonté d'être entendues, respectées, et de voir leur autonomie reconnue». A ce titre, il dénonce «le *scandale* que constitue, depuis quinze ans, le nonaccès aux droits reconnus par la loi, la situation d'abandon d'une immense majorité des personnes en fin de vie, et la fin de vie insupportable d'une très grande majorité de nos concitoyens».

Ceci implique selon lui «la nécessité de faire connaître et appliquer les dispositions légales actuelles garantissant les droits des personnes en fin de vie d'accéder à des soins palliatifs, à un véritable accompagnement humain et à un soulagement de la douleur et de la souffrance». Il faudra encore «mettre en place un accompagnement au domicile, qui corresponde à la demande de l'immense

majorité de nos concitoyens».

Il faudra enfin «abolir les frontières entre soins curatifs et soins palliatifs, et les intégrer dans une véritable culture du "soin et prendre soin conçus comme un seul soin", non seulement en fin de vie, mais en amont de la fin de vie». Tout ceci n'ira pas sans «un effort massif de formation des médecins et soignants, donnant toute sa place à la réflexion éthique, garantissant la réalité d'un "service public" en la matière».

Le second *scandale* réside dans «les situations fréquentes d'isolement social et de dénuement qui précèdent trop souvent la fin de vie». Le CCNE manie ici l'euphémisme. La fréquence de ces isolements «implique de rendre effectif pour toutes et tous l'accès à l'accompagnement qui leur est indispensable». Elle réclame aussi de remédier à «l'organisation inappropriée du système de santé».

Au-delà de ces deux scandales, le CCNE observe, en France, l'expression d'une demande partagée de nouveaux droits, dont les modalités précises d'application font encore l'objet de débats. Ces débats se cristallisent sur trois enjeux majeurs.

Le premier concerne le fait de rendre ou pas «contraignantes pour les soignants» les directives anticipées exprimant la volonté de la personne. Certains redoutent ici une «sacralisation de la volonté du patient», la préfiguration masquée d'un droit au suicide assisté.

Le deuxième enjeu concerne le droit (lorsque la personne le demande, notamment en phase terminale de fin de vie mais pas seulement) d'arrêter les traitements qui la maintiennent en vie et de pouvoir accéder à une sédation profonde – une sédation aboutissant à une perte de conscience, jusqu'au décès. Les milieux catholiques extrêmes dénoncent déjà, ici, une «euthanasie masquée»: «la sédation terminale est une forme d'euthanasie car il s'agit d'un moyen de provoquer délibérément la mort, quel que soit le moyen employé».

Le troisième enjeu porte sur la modification de la procédure médicale «dite collégiale», en particulier dans les cas où se pose la question de l'interruption des traitements d'une personne qui n'est pas en fin de vie et qui est hors d'état d'exprimer sa volonté. Il s'agirait alors d'en faire «un véritable processus de délibération et de décision collectives, incluant à part entière le point de vue des proches sur ce qu'ils savent de la volonté de la personne». Où l'on perçoit le poids, dans la réflexion collective, de la médiati-

sation de la dimension juridique prise par l'affaire dite «Vincent Lambert» – affaire aujourd'hui pendante devant la Cour européenne des droits de l'homme.

Ces trois chapitres seront au centre du futur projet de loi que le gouvernement français s'est engagé à présenter, au printemps prochain, devant le Parlement. Pour l'heure, deux députés, l'un de gauche et l'autre de droite, sont à la manœuvre pour préparer une rédaction commune de ce projet. Leur rapport devrait être connu en décembre.

Le CCNE observe quant à lui «la persistance de profondes divergences sur les questions de l'assistance au suicide et de l'euthanasie». A ses yeux, de telles divergences ne tiennent pas seulement aux différentes conceptions de l'autonomie, du respect de la

vie et de la solidarité qui sous-tendent les prises de position. Elles tiennent aussi (et surtout) à des significations très différentes accordées aux termes de sédation profonde terminale, d'assistance au suicide et d'euthanasie. Comme si, en ce début de troisième millénaire, la langue française était devenue trop riche (ou mal maîtrisée) pour parler, simplement, des nouveaux droits de l'homme sur sa mort.

Jean-Yves Nau

jeanyves.nau@gmail.com

1 Ce rapport est disponible à l'adresse : www.ccne-ethique.fr/fr/publications/rapport-du-ccne-sur-le-debat-public-concernant-la-fin-de-vie#VE5YkPmG-hG

recherche clinique

Différer la consommation de gluten retarde la maladie cœliaque mais ne l'empêche pas

Ni l'introduction différée du gluten à 12 mois ni l'allaitement maternel ne protègent un enfant de la maladie cœliaque en cas de haut risque génétique.

C'est ce qui ressort d'une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* qui a porté sur plus de 500 enfants, nourris au sein ou non, dont au moins un des parents était atteint.¹ Divisés en deux groupes à leur naissance, les enfants du premier groupe ont reçu du gluten (pâtes, semoule...) à 6 mois, et ceux du deuxième groupe à 12 mois. Le génotype du système HLA (Human leucocyte antigens), associé à l'intolérance au gluten et à d'autres troubles auto-immuns, a été déterminé à 15 mois, et le *screening* sérologique pour la maladie effectué plusieurs fois entre 15 mois et 10 ans.

Si à 24 mois, plus d'enfants ayant consommé du gluten dès 6 mois présentaient une intolérance au gluten que dans l'autre groupe, à 5 ans la différence n'était plus significative. L'allaitement au sein n'avait également aucune influence. Seule la nature des combinaisons d'allèles HLA – absence de risque, risque standard, haut risque – était directement associée au risque de développer la maladie. Une analyse précoce de ces allèles permettrait ainsi de surveiller les enfants à haut risque.

«Bien que des études antérieures aient conduit à l'hypothèse selon laquelle il y avait une fenêtre de temps, entre 4 et 7 mois, pendant laquelle le gluten pouvait être introduit sans danger chez les enfants à risque, nos résultats indiquent que nous pouvons dire aux mères de ne pas trop s'inquiéter quand elles introduisent le gluten dans l'alimentation de leur enfant», précisent les auteurs. «Des différents facteurs étudiés, il est très clair que c'est

le bagage génétique qui est de loin le plus important pour déterminer quels enfants développeront une condition auto-immune. Nous avons été particulièrement surpris de voir que l'allaitement maternel n'avait pas d'effet protecteur.»

Toutefois, même si l'introduction du gluten à 12 mois n'élimine pas le développement ultérieur de la maladie cœliaque, elle le retarde. Cela peut réduire les effets néfastes de la maladie sur l'organisme de l'enfant, son cerveau notamment.

Marina Casselny

1 Lionetti E, Castellana S, Ruggiero F, et al. Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *N Engl J Med* 2014;371:1295-303.

