

Périscope

TRA – Techniques reproductrices assistées: injection intra-cytoplasmique spermatique (ICSI) ou fertilisation in-vitro (IVF) traditionnelle? Avec l'aide d'ICSI on arrive à surmonter les problèmes liés à la qualité spermatique. Récemment, on a commencé sporadiquement à recommander cette méthode pour tous les cas nécessitant un recours à la reproduction assistée. Est-ce vraiment justifié? Après avoir donné leur consentement, 415 couples souffrant d'infertilité due à un problème chez la femme, ont été randomisés et traités, soit par IVF, soit par ICSI. Le quota d'implantation, ainsi que celui de grossesse, étaient plus élevés en cas d'IVF, et le travail en laboratoire significativement moins long que chez les patientes traitées par ICSI. Cette dernière n'a aucun avantage sur ICSI en cas d'infertilité féminine et ne devrait être réservée qu'au cas sévères d'infertilité masculine. – *Bhattacharya S et al. Conventional in-vitro fertilisation versus intracytoplasmic sperm injection for the treatment of non-male-factor infertility. Lancet 2001;357:2075–9.*

... et encore une information: 17 mois en moyenne après leur naissance, 208 enfants nés suite à ICSI ne se distinguaient pas de 221 enfants nés suite à une conception non artificielle. Les examens se concentraient sur un score du développement neurologique, les résultats périnataux, la santé dans la période post-natale et les anomalies congénitales. Il nous reste à espérer que ces observations se confirmeront dans les années à venir! – *Sutcliffe AG et al. Outcome in the second year of life after in-vitro fertilisation by intracytoplasmic sperm injection. Lancet 2001;357:2080–4.*

HIV: Efficacité persistante d'une thérapie antirétrovirale malgré une virémie intermittente à bas niveau (HIV-RNA plasmatique >50 copies/ml). La virémie à bas niveau est l'expression du délabrement lent de cellules atteintes d'une infection latente. Est-ce un échec thérapeutique virologique? Une virémie à bas niveau a été observée dans 40% sur 241 patients (29% des patients sous triple thérapie). Elle était associée à une répllication virale élevée, et non à un échec thérapeutique virologique. La virémie à bas niveau devrait être due à des virus reflétant les thérapies antérieures (non HAART). Elle pourrait parfaitement être la conséquence d'un suivi non régulier par le patient, mais ne demande pas obligatoirement une modification du traitement. Que signifie le mot succès, où commence l'échec? – *Havlic DV et al. Prevalence and predictive value of intermittent viremia with combination HIV therapy / Hermankova M et al.*

HIV-1 drug resistance profiles in children and adults with viral load of <50 copies/ml receiving combination therapy. JAMA 2001;286:171–9 / 197–207 / 224–5 (Editorial).

Mastectomie prophylactique chez les patientes ayant subi une mutation BRCA pathogénique? Après une première étude en 1999 on a maintenant les résultats d'une deuxième étude. La méthode est contestée, mais apparemment efficace! Les patientes porteuses d'une mutation BRCA ont un risque à vie de 55–85% de développer un cancer invasif du sein. 76/139 porteuses de BRCA avaient choisi la mastectomie prophylactique, tandis que 63/139 préféraient un contrôle à intervalles réguliers. Dans le groupe des femmes opérées on ne détectait aucun cancer du sein (suivi moyen 2,9±1,4 ans), tandis qu'on en diagnostiquait 8 dans le groupe témoin (suivi moyen 3,0±1,5 ans). Les résultats sont impressionnants – mais des observations à long terme sont indispensables. Une alternative consiste en l'ovariectomie en association au traitement avec le tamoxifène et un suivi très rapproché. – *Meijers-Heijboer H et al. Breast Cancer after prophylactic mastectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. N Engl J Med 2001;345:159–64 / Editorial 207–8.*

La vaccination contre la fièvre jaune – beaucoup de nouvelles désagréables! Le vaccin 17D contre la fièvre jaune était un des plus réputés pour sa sécurité. Cependant, soudainement, dans un seul magazine, il y a trois observations différentes sur 7 patients au total, rapportant toutes une évolution clinique défavorable suite à une vaccination avec le type 17D, respectivement 17D204. Tous avaient subi des effets secondaires graves, et 6 sur 7 en sont décédés. L'évolution, les observations, ainsi que les altérations tissulaires, correspondaient au tableau de la fièvre jaune «wildtype». Là, où on avait pu faire des prélèvements, les tests virologiques révélaient la présence du clone 17D du virus de la fièvre jaune. Un éditorial de L'Institut Pasteur conclut que la vaccination avec le vaccin 17D doit absolument continuer à faire partie des recommandations les plus importants pour les personnes vivant ou visitant les régions endémiques et épidémiques de l'Amérique du sud tropicale et de l'Afrique – même si les mécanismes d'atténuations doivent être soumis à un contrôle urgent. – *Vasconcelos PFC et al. / Martin M et al. / Chan RC et al. (Serious adverse events associated with 17D-yellow fever vaccination...). Lancet 2001;358:91–7 / 98–104 / 121–3 / Editorial 84–5.*