

Périscope

Les **inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine** (ISRS) pendant la grossesse ont suscité des craintes quant à leur effet sur le fœtus (syndrome de sevrage néonatal d'ISRS, malformations, omphalocèles, crâniosynostoses, etc.). A raison? Dans une grande étude ayant porté sur 9849 enfants avec malformations et 5860 enfants sans malformations, il n'y a eu aucune différence significative dans les crâniosynostoses, omphalocèles et malformations cardiaques en relation avec les ISRS. Ces malformations sont rares, le risque absolu est minime. Une autre étude est parvenue aux mêmes conclusions. – *Louik C, et al. / Alwan S, et al. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects / Use of SSRI's in pregnancy and the risk of birth defects. N Eng J Med. 2007;356:2675–83 / 2684–92.*

Les **anticorps anti-H5N1** d'individus ayant survécu à une infection à virus de la **grippe aviaire** pourraient s'avérer utiles dans sa prophylaxie. C'est à ce résultat que sont parvenus des chercheurs de Bethesda (Etats-Unis), Ho Chi Minh-Ville (Vietnam) et Bellinzzone (Suisse). Des anticorps anti-H5N1 monoclonaux humains ont été administrés à des souris, qui ont ensuite reçu des virus H5N1 et présenté des titres viraux significativement plus bas et moins de signes inflammatoires dans les poumons, de même qu'une dissémination virale extrapulmonaire limitée. Ces anticorps, administrés dans les trois jours suivant l'infection, ont en outre protégé les souris contre des doses létales de H5N1. Pas mal! – *Hampton T. H5N1 antibodies. JAMA. 2007;298:32.*

Inhibiteurs de la captation du VIH: les protéines de surface du VIH se lient aux CD4 et l'ancrent sur la cellule. L'enfuvirtide (Fuzeon®) et les antagonistes CCR5 (parmi les dix substances de phase I-III), inhibiteurs de fusion, bloquent l'accès au VIH et ouvrent la possibilité d'une prophylaxie préexpositionnelle de l'infection VIH – prophylaxie considérée comme impossible jusqu'ici. Et c'est là que surgissent les problèmes: qui doit bénéficier de la prophylaxie? Comment l'Etat et l'industrie pharmaceutique doivent-ils permettre la prophylaxie, dans les pays industrialisés et en voie de développement? Comment résoudre la question des coûts? Pas plus la sécurité que l'efficacité ne sont garanties, et ce n'est pas ainsi que le VIH va disparaître. – *Este JA, et al. / Paxton LA, et al. HIV-entry inhibitors / Pre-exposure prophylaxis for HIV infection. Lancet. 2007;370:80–8 / 89–93.*

Le **gouvernement chinois** a une fois encore tenté de cacher quelque chose: la Banque mondiale a publié les coûts de la pollution dans l'Empire du Milieu: 750 000 personnes meurent chaque année en Chine des conséquences de la **pollution de l'air et de l'eau**. Et ce n'en sont pas les seules conséquences. Les dirigeants craignent à juste titre que cela puisse déclencher des émeutes internes. Après la contestation de la problématique VIH/SIDA de 1990 et la difficile tentative de cacher les détails du syndrome respiratoire aigu, la situation dans le cas de la grippe aviaire ne semble pas avoir donné une compréhension durable. «Plus

tu as de choses à cacher, plus on en découvrira» – proverbe chinois. – *Anonymous. Will China ever come clean? Lancet. 2007;370:104.*

Dosage des triglycérides. L'association triglycérides et maladies cardiovasculaires est incontestée. Une question de prise de sang? Les triglycérides augmentés dosés dans un sang non à jeun montrent la présence de lipoprotéines résiduelles favorisant l'athérosclérose. Deux travaux ont analysé cette situation: quelque 7600 hommes et 6400 femmes dans l'un, et 25 500 femmes dans l'autre, ont été suivis pendant 26 et 11,4 ans resp. Il s'est avéré que les hypertriglycéridémies non à jeun sont associées à un risque accru d'infarctus du myocarde, de cardiopathie ischémique et de décès, ce qui est beaucoup moins le cas à jeun. S'il faut doser les triglycérides, le faire alors non à jeun. – *Nordestgaard BE, et al. / Bansal S, et al. Nonfasting triglycerides... / Fasting compared with nonfasting triglycerides and risk of cardiovascular events. JAMA. 2007;298:299–308 / 309–16.*

Qu'en pensez-vous? Un homme de 48 ans se présente chez un dermatologue avec de grandes plaques rouges, partiellement ulcérées au niveau des jambes. Il est dyspnéique. La radiographie du thorax montre des adénopathies médiastinales et une fibrose pulmonaire basale. Les biopsies cutanées et médiastinales révèlent une inflammation granulomateuse épithélioïde. Il est traité par corticostéroïdes. Tout s'améliore – pendant cinq ans, après quoi il revient avec ses anciens problèmes, en plus graves. Il présente maintenant une diarrhée et une malabsorption, perte de 15 kg ... Qu'a donc cet homme? (Pour la solution voir ci-dessous)

Tout d'abord pas une sarcoïdose – cela va de soi. Mais il ne fait plus de doute qu'il s'agit d'une pathologie systémique. La gastroscopie donne maintenant de nouveaux résultats: atrophie du duodénum avec surface pseudopolypéuse. Et le diagnostic: **maladie de Whipple**. L'analyse par PCR confirme le diagnostic: *Tropheryma whipplei*. Ce patient reçoit traitement par thymine/sulfaméthoxazole pendant 18 mois. Lentement, pendant neuf mois, son status s'améliore. Pas courant, souvent longtemps méconnue et grave. – *Dzilo L, et al. A mimic of sarcoidosis. Lancet. 2007;369:1832.*