Et ailleurs…?

Nouvelle maladie, nouveau virus

La question
Entre mars et juillet 2009, une grave maladie associant fièvre, thrombocytopénie et leucopénie avec un taux de mortalité de 30% est apparue dans des provinces de l'est de la Chine. Quelle était la cause responsable sachant que les agents infectieux provoquant les mêmes symptômes avaient été exclus (anaplasmose, leptospirose entre autres).

La méthode
Par des méthodes virologiques sophistiquées comprenant l'inoculation de plusieurs lignées cellulaires avec le sang d'un patient, l'extraction de RNA viral et son amplification par PCR, le séquençage du génome viral, on espérait trouver un coupable.

Les résultats
Le virus a été isolé à partir du sang d'un patient grâce à la visualisation de l'effet cytopathique sur une des cultures de cellules. Il s'agit d'une sphère de 80 à 100 nm. La caractérisation moléculaire a suivi par une batterie de tests «high tech». Ce nouveau virus appartient au genre phlebovirus. Transmission à l'homme? 5900 moustiques isolés des régions incriminées n'ont pas montré de RNA viral. Par contre, 5,4% des tiques isolées d'animaux domestiques étaient porteuses du virus.

Les problèmes et commentaires
En fait, il n'y a pas de problèmes si ce n'est que les 3e et 4e postulats originaux de Koch n'ont pas été remplis. Il faut saluer la maîtrise des confrères chinois qui d'abord ont reconnu cliniquement la maladie et qui sont arrivés en peu de temps à isoler et caractériser le nouveau virus. Un diagnostic différentiel important est l'anaplasmose et la leptospirose. A remarquer aussi la rapide mise au point d'un essai sérologique de type ELISA qui a permis de confirmer une ascension des titres en phase de convalescence chez 35 patients testés. Les techniques actuelles sont tellement performantes qu'il est bien possible qu'on découvre de nouvelles causes pour des maladies qui restent encore mystérieuses. De plus, l'énorme extension des voyages intercontinentaux risque de mettre les cliniciens en face de maladies dont ils n'ont pas l'habitude. Reste à trouver la parade…

New Engl J Med. 2011;364:1524. / AdT

Fracture atypique (stress) du fût fémoral: Bisphosphonates (Bisph.) coupables? Sur 1351 femmes souffrant de fractures sous-trochantériennes, l'utilisation de Bisph. était de 17%. Dans ce groupe, 59 fractures atypiques ont été diagnostiquées et l'utilisation de Bisph. de 78%. Chez 263 patientes du même groupe avec fractures du fût fémoral dites de «contrôle» (non atypiques), l'utilisation de Bisph. était de 10%. Mais l'augmentation du risque *absolu* est très faible: 5 cas pour 10 000 patients-années. Le bénéfice des Bisph. dans le traitement de l'ostéoporose reste clair!
New Engl J Med. 2011;364:1728. / AdT

Myodystrophie de Duchenne: petit progrès. Cette terrible maladie liée au sexe est due à une mutation du gène qui commande la synthèse de la dystrophine, protéine sous membranaire essentielle au maintient de l'architecture des cellules musculaires. En injectant par voie sous-cutanée chez 12 patients un oligonucléotide qui permet au gène de s'exprimer normalement, les cliniciens ont vu l'apparition de nouvelle dystrophine dans les cellules musculaires à un taux d'environ 15% des taux normaux. Une légère amélioration du test de marche de 6 minutes a été constatée avec 3 patients gagnant 65 mètres. Espoir…
New Engl J Med. 2011;364:1513. / AdT

Arthrite réactive à chlamydia et antibiothérapie. L'arthrite réactive postinfectieuse se voit après des infections à *Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter* et après des infections génito-urinaires à *Chlamydia*. 27 patients avec des arthrites réactives post-*Chlamydia* ont reçu un traitement de rifampicine associé avec de l'azithromycine ou de la doxycycline pendant 6 mois. 15 patients ont servi de contrôle. 22% des patients traités ont eu une résolution des symptômes de 100% contre aucun du groupe contrôle. Une résolution partielle est survenue chez 63 contre 20% resp. Mieux que rien!
Arthritis Rheum. 2010;62:1298. / AdT

Le travail c'est la santé: vraiment? Le titre de cette vieille chanson française de Henri Salvador vient d'être mis à mal par une étude anglaise. 7095 personnes ont été suivies pendant 12 ans. Les sujets travaillant 11 heures ou plus par jour ont 1,67 fois plus chances de faire un infarctus du myocarde mortel ou non que ceux qui travaillent 7 à 8 heures. Problèmes: le nombre absolu d'infarctus a été faible dans cette population (192) et la population était des employés de la fonction publique anglaise. Est-ce valable pour d'autres types de travail (médecin…!)?
Ann Int Med. 2011;154:457. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)