



Et ailleurs...?

Prophylaxie anti HIV: enfin un résultat?

La question

La prophylaxie antirétrovirale permettrait de diminuer considérablement la propagation de l'infection. Des études chez l'homme (prévention de la transmission mère-enfant, gel vaginal au tenofovir) et chez des primates sont encourageantes. Cette prophylaxie de préexposition est-elle réalisable et efficace chez des couples hétérosexuels discordants quant à leur séropositivité?

La méthode

L'étude conduite en Uganda et au Kenya concerne des couples hétérosexuels dont l'un des partenaires est infecté et l'autre pas. Le (la) partenaire séro+ ne recevait pas de traitement, ne remplissant pas les critères reconnus. 1584 partenaires séro- ont reçu un placebo, 1584 tenofovir 300 mg/j, et 1579 une association de tenofovir et d'emtricitabine 200 mg/j. L'issue primaire était l'incidence de nouvelle séropositivité au cours de l'étude qui a duré une médiane de 23 mois. Les couples ont reçu une information sur la maladie et des préservatifs.

Les résultats

62% des sujets séro- étaient des hommes. 82 nouvelles infections sont survenues au cours de l'étude: 17 dans le groupe tenofovir, 13 dans le groupe tenofovir-emtricitabine et 52 dans le groupe placebo soit une réduction relative de 62% et 75% respectivement comparé au placebo ($p < 0,001$, sans différence entre eux pour les groupes tenofovir et les groupes tenofovir et emtricitabine). Pas de différence de l'efficacité de la prophylaxie entre hommes et femmes. L'adhérence au traitement a été $>90\%$.

Problèmes et commentaires

Cette étude prouve indubitablement qu'un traitement journalier de tenofovir ou tenofovir-emtricitabine permet une protection sinon parfaite du moins remarquable chez le (la) partenaire séro- d'un couple hétérosexuel dont l'un des membres est infecté. Le problème important pourrait être la résistance au tenofovir ou au tenofovir-emtricitabine. Chez huit sujets incorporés «par erreur» dans les groupes tenofovir et tenofovir-emtricitabine et qui ont été testés rétrospectivement et trouvés séro+ au début de l'étude, deux présentaient une résistance au tenofovir et tenofovir-emtricitabine. L'adhérence au traitement semble aussi être la condition *sine qua non* du succès. Dans le même journal (p. 411), une étude de prophylaxie de préexposition chez des femmes africaines a été un échec mais le taux d'adhérence a été $<40\%$. Enfin le prix, entre 6000 et 14000 \$ par an, sera certainement un obstacle majeur si sous la pression internationale la maison qui fabrique le tenofovir-emtricitabine (Gilead, Truvada®) consente à baisser ses prix.

New Engl J Med. 2012;367:399. / AdT

Prise de poids et arrêt de la cigarette: enfin des chiffres. 62 études ont été analysées. Chez les personnes sans traitement particulier qui quittent la cigarette, la moyenne de la prise de poids est de 4–5 kg après une année d'abstinence. Les variations sont toutefois très larges: 16% des abstinentes perdent du poids et 13% gagnent 10 kg. Chez les patients avec une aide pharmacologique pour l'abstinence, les chiffres sont les mêmes. 16% qui perdent même du poids: c'est plutôt une bonne nouvelle!

BMJ. 2012;345:e4439. / AdT

Cancer localisé de la prostate: que faire?

731 patients avec un cancer localisé de la prostate et un PSA médian de 7,8 ng/ml ont été randomisés: prostatectomie radicale ou observation. Après 12 ans, la différence absolue de mortalité toutes causes confondues est de moins de 3%. Même les décès par cancer de la prostate ne sont pas influencés. Mais dans le groupe opéré la dysfonction érectile est de 88% vs 44% ($p < 0,001$) et l'incontinence de 17% vs 6,3% ($p < 0,001$). Pourtant certains patients avec des cancers très agressifs pourraient probablement bénéficier de l'intervention. Reste à les détecter avec certitude.

New Engl J Med. 2012;367:203. / AdT

rt-PA et accident vasculaire cérébral (AVC): avantage?

Une méta-analyse comprenant >7000 patients a conclu qu'une fibrinolyse par rt-PA améliore le score d'indépendance des patients atteints d'AVC, de manière modeste mais significative. Ce bénéfice est encore perceptible pour un traitement après six heures (mais le plus vite est le mieux) et même chez les patients >80 ans. L'augmentation des décès précoces (à 7 jours) chez les patients traités est due aux hémorragies intracrâniennes (9% vs 6,4%). Il faut surtout agir en amont et corriger l'hypertension artérielle!

Lancet. 2012;379:2364. / AdT

Hyperthyroïdie subclinique et mortalité: un lien.

Dix cohortes comprenant >52000 patients ont été analysées. 4,2% de ces patients avaient une hyperthyroïdie subclinique (HsC): TSH $<0,45$ mIU/l et T4 normale. La mortalité totale ajustée pour l'âge et le sexe est de 1,24 fois plus élevée chez les patients avec HsC et la mortalité cardiovasculaire 1,29 fois plus élevée. Mesurer au moins une fois la TSH pourrait être utile.

Arch Intern Med. 2012;172:799. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)