

**LU POUR VOUS** **Variole du singe (mpox) : une maladie sexuellement transmissible?**

L'épidémie de mpox (variole du singe) dans des pays historiquement non endémiques pour cette maladie a pris le monde par surprise en mai 2022. Depuis lors, la maladie a touché plus de 83 000 personnes, majoritairement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Europe et aux Amériques. La haute proportion de lésions anogénitales pose la

question de la transmission sexuelle du mpox. Cette étude observationnelle française, réalisée entre le 20 mai et le 13 juin 2022, rapporte la charge virale du Monkeypox virus (MPXV) sur les prélèvements de différents sites anatomiques (peau, gorge, anus, sperme, sang et urine) de 50 personnes positives à deux semaines d'intervalle. Au moment du diag-

nostic, MPXV était détecté dans la majorité des prélèvements cutanés, oropharyngés et anaux, la moitié de ceux de sperme et dans moins d'un tiers des prélèvements urinaires et sanguins. La charge virale était la plus haute dans les prélèvements cutanés et anaux et en présence d'ulcère ou d'inflammation. Entre J0 et J14, la proportion de prélèvements positifs a fortement diminué dans tous les sites avec seulement 22% de positifs au niveau cutané, moins de 10% aux niveaux anal et sanguin et dans le sperme, et aucun aux niveaux oropharyngé et urinaire.

**Commentaire:** ces données permettent de mieux comprendre les différents modes de transmission de mpox et ont une importance pour ajuster les messages de communication et les stratégies de prévention. Les personnes infectées doivent être informées de la présence du virus

sur les lésions cutanées, dans la gorge, l'anus et/ou le sperme afin de minimiser leurs comportements à risque. La présence de virus à haute concentration aux niveaux cutané et anal renforce cependant le concept de transmission principalement par contacts directs et prolongés de peau à peau ou de peau à muqueuse dans la flambée actuelle.

**Dre Frédérique Jacquérois**

Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève

**Coordination: Dr Jean Perdrix**

Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Palich R, et al. Viral loads in clinical samples of men with monkeypox virus infection: a French case series. *Lancet Infect Dis.* 2023 Jan; 23(1):74-80. PMID: 36183707.



© gettyimages/Mustafa Kaya

**CARTE BLANCHE****REPENSER HIPPOCRATE****Dre Margaux Saudan**

Médecin-assistante  
margauxsaudan@gmail.com

Grâce aux conseils d'une amie, j'ai récemment fait la découverte d'un podcast *Binge Audio*. Cette société française produit et diffuse des podcasts dont je suis particulièrement friande (*Les couilles sur la table* par Victoire Tuillon, *Kiffe ta race* par Rokhaya Diallo et Grace Ly, *Parler comme jamais* par Laélia Véron, pour en nommer quelques-uns); je savais que j'étais en terrain conquis. Cela n'a pas manqué.

«Le serment d'Augusta», d'après Augusta Dejerine-Klumpke, première femme reçue au concours de l'Internat des hôpitaux de Paris, est un hors-série documentaire de quelques épisodes du podcast *Programme B* par Thomac Rozec, coproduit avec Sorbonne Université. Olympe de Gê, autrice et réalisatrice de films et podcasts féministes, et Emmanuel Flamand-Roze, professeur de neurologie à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, réfléchissent à de nouveaux préceptes qui pourraient compléter ceux du symbolique Serment d'Hippocrate, ou, plus récente et actuelle, de la Déclaration de Genève. Cette démarche s'inscrit face à deux constats. D'une part, un système de santé en crise depuis des années, où les soignant-e-s ont de plus en plus des difficultés à

concilier travail et valeurs. D'autre part, la volonté citoyenne d'avoir un vrai dialogue et des relations plus horizontales avec les soignant-e-s.

Le premier épisode est particulièrement percutant, incisif et juste, puisqu'il s'intéresse au

corps non standard, celui qui n'est pas blanc, masculin, jeune, neurotypique, cisgenre ou mince. Un corps qui, du fait de sa non-conformité, n'est pas toujours aussi bien soigné. «Je penserais les corps en dehors de la norme», voilà le premier



© gettyimages/golferphoto

enseignement qu'Olympe de Gé et le Pr Emmanuel Flamand-Roze nous proposent de considérer.

L'épisode se concentre sur les biais grossophobes dans les soins, vis-à-vis des personnes en surpoids ou obèses. S'agissant d'une maladie chronique complexe, aux origines multifactorielles biologiques, sociologiques et psychologiques, on n'arrive pas à un IMC de 50 kg/m<sup>2</sup> juste parce qu'on n'a pas fait attention. Il y a souvent une grande souffrance derrière. Et le traitement ne se résume pas à de simples mesures hygiéno-diététiques. L'obésité peut représenter un sur-risque de mortalité. Mais parfois, ce n'est

pas le cas. Les personnes obèses sont stigmatisées et discriminées, la grosseur étant associée à la paresse et à la compulsivité. Le sentiment de culpabilité qui en résulte est lui-même un facteur de risque pour des troubles du comportement alimentaire. Pour toutes ces raisons, le rapport entre poids et santé devrait être complexifié. Ce qui n'est malheureusement aujourd'hui pas encore le cas.

Les biais grossophobes dans les soins représentent la deuxième source de stigmatisation, après la famille. Ils se manifestent par du matériel non adapté (par exemple, chaises dans la salle d'attente avec des accoudoirs,

tables d'examen trop étroites, brassards de tensiomètre trop petits, aiguilles trop courtes, IRM trop exigües, etc.), un examen médical parfois incomplet (en raison de la complexité de l'examen clinique) et même des propos violents et déshumanisants («Je ne porte pas ça»).

Les conséquences sont nombreuses: de l'erreur de diagnostic, à force de tout mettre sur le dos de l'obésité, à la renonciation des consultations médicales par les personnes obèses, en passant par l'aggravation des troubles du comportement alimentaire par les propos particulièrement destructeurs venant des

soignant-e-s.

Que peut-on faire? Comme le rappelle Martin Winckler, médecin et écrivain, notre travail ne consiste pas à dire aux gens comment ils doivent mener leur vie, mais plutôt à s'éduquer, repérer nos biais et les corriger, écouter et poser des questions, ne pas imposer un sujet de discussion et faire participer l'autre à sa prise en charge.

Vous pouvez retrouver le podcast à l'adresse suivante: [www.binge.audio/podcast/programme-b/le-serment-daugusta-1-je-penserai-les-corps-en-dehors-de-la-norme](http://www.binge.audio/podcast/programme-b/le-serment-daugusta-1-je-penserai-les-corps-en-dehors-de-la-norme) ou sur les plateformes habituelles de diffusion de podcasts.

## ZOOM

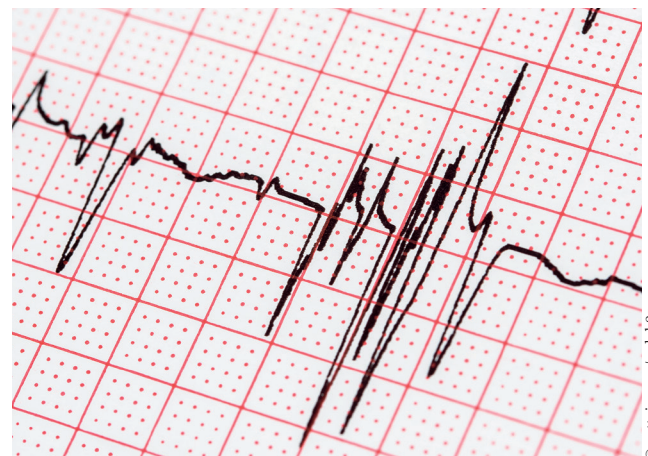
## Cryoablation pour tous dans la FA ?

Dans 8 à 15% des cas, la fibrillation auriculaire (FA) paroxystique évolue vers une FA persistante, associée à un taux plus élevé d'événements thromboemboliques, d'insuffisance cardiaque et de recours au système de santé. La stratégie de contrôle du rythme est associée à une diminution de la mortalité d'origine cardiovasculaire et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans les 12 mois suivant le diagnostic. L'étude EARLY-AF, publiée en 2021 (NEJM), avait démontré une diminution significative de récurrences de tachyrythmie atriale à 1 an dans le groupe traité par cryoablation vs celui traité par thérapie médicamenteuse antiarythmique. La présente étude vise à déterminer si le bénéfice de la cryoablation est toujours présent après un suivi prolongé de 3 ans.

**Méthode:** étude multicentrique, randomisée, ouverte en simple aveugle. Inclusion: patient-e-s de > 18 ans avec FA paroxystique symptomatique (au minimum 1 épisode de FA documenté par ECG dans les 24 derniers mois). Exclusion: utilisation quotidienne d'un antiarythmique de classe I ou III à dose thérapeutique. Intervention: randomisation selon un rapport 1:1 pour stratégie initiale de cryoablation vs thérapie médicamenteuse antiarythmique. Implantation d'un monitoring cardiaque (Reveal, Medtronic) dans les 24 heures suivant l'intervention avec un algorithme spécifique de détection de FA et de mesure du temps en FA (%). Issue primaire: première occurrence d'épisode de tachyrythmie atriale persistante

(FA, flutter ou tachycardie atriale) définie par une durée de ≥ 7 jours ou entre 48 heures et 7 jours avec nécessité de cardioversion. Issue secondaire: mesure de la charge d'arythmies (% du temps en FA), de la qualité de vie et du recours au système de santé (consultations urgentes, hospitalisations, cardioversions).

**Résultats:** 303 patient-e-s dans 18 centres au Canada randomisé-e-s entre 2017 et 2018 dans le groupe cryoablation (124) vs thérapie médicamenteuse (149). 94,7% de suivi à 36 mois. Un événement de l'issue primaire a eu lieu chez 87/154 patient-e-s (56,5%) dans le groupe cryoablation vs 115/149 patient-e-s (77,2%) dans le groupe thérapie médicamenteuse (HR: 0,51; IC 95%: 0,38-0,67).



© gettyimages/radub85

89,1% des épisodes étaient des FA. Les événements indésirables sévères étaient plus élevés dans le groupe thérapie médicamenteuse (10,1 vs 4,5%).

**Discussion et interprétation:** les résultats de cette étude corroborent ceux de l'étude EARLY-AF, à savoir qu'une cryoablation diminue l'incidence de FA persistant à 3 ans avec un NNT de 18. La cryoablation est également supérieure pour diminuer la charge d'arythmie, améliorer la qualité de vie et diminuer les hospitalisations à 3 ans (issues secondaires).

**Conclusion:** le traitement initial de la FA par cryoablation permet

une diminution du risque de récurrence et d'évolution en FA permanente à moyen terme. Cette étude démontre qu'une thérapie interventionnelle devrait être envisagée chez chaque patient présentant une FA inaugurale.

#### Dr Christophe Abellan

##### Avec la collaboration du groupe

MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Andrade JG, et al. Progression of atrial fibrillation after cryoablation or drug therapy. *N Engl J Med.* 2022 Nov 7. DOI: 10.1056/NEJMoa2212540