

Le RéJIF a lu pour vous (par **Lille**)

- **ARTICLE 1** résumé par E. BONTEMPS
Amoxicilline for 3 or 5 days for chest-indrawing pneumonia in malawian children.
Ginsburg et al. *New Eng J Med*, Jul 2020
- **ARTICLE 2** résumé par A. MEHEUT
Phase 2 trial of the DPP-1 inhibitor Brensocatib in bronchectiasis.
Chalmers et al. *New Eng J Med*, Nov 2020
- **ARTICLE 3** résumé par L. BRONNER
Defining and managing COVID-19-associated pulmonary aspergillosis: the 2020 ECMM/ISHAM consensus criteria for research and clinical guidance.
Koehler et al. *Lancet Infect Dis*, Dec 2020
- **ARTICLE 4** résumé par J. FLEURIET
Early treatment with baloxavir marboxil in high-risk adolescent and adult outpatients with uncomplicated influenza (CAPSTONE-2): a randomized placebo-controlled, phase 3 trial.
Ison et al. *Lancet Infect Dis*, Oct 2020.
- **ARTICLE 5** résumé par N. TAAR
Posaconazole versus voriconazole for primary treatment of invasive aspergillosis: a phase 3, international , randomised, double-blind controlled, non-inferiority trial.
Maertens et al. *Lancet*, Feb 2021
- **ARTICLE 6** résumé par K. SERMET
Rifabutin for treating tuberculosis in solid organ transplant recipients: A retrospective observational study and literature review.
Gomila-Grange et al. *Transpl Infect Dis*, Sep 2020

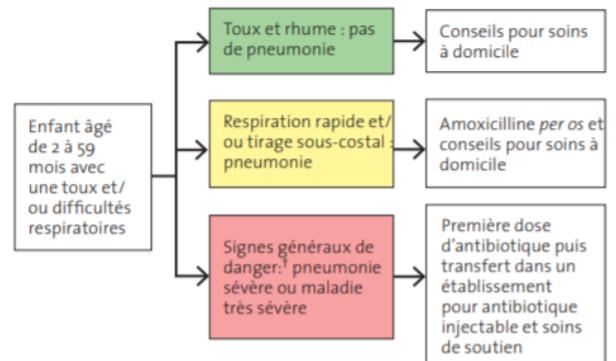
Sans oublier d'autres conseils de lecture en dernière page !

Amoxicillin for 3 or 5 Days for Chest-Indrawing Pneumonia in Malawian Children

Amy-Sarah Ginsburg, M.D., M.P.H., Tisungane Mvalo, M.M.E.D., Evangelyn Nkwopara, M.S., Eric D. McCollum, M.D., Melda Phiri, M.B., B.S., Robert Schmicker, M.S., Jun Hwang, M.S., Chifundo B. Ndamala, Dip., Ajib Phiri, M.D., Norman Lufesi, M.Phil., and Susanne May, Ph.D.

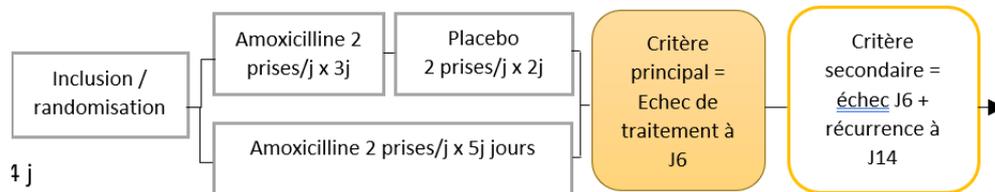
(Article résumé par Emmanuelle Bontemps)

CONTEXTE : Les pneumonies infantiles constituent un problème majeur de santé publique avec 920 000 décès d'enfants < 5 ans estimés chaque année. Les dernières recommandations de l'OMS datant de 2014, classent les pneumonies des enfants de 2 mois à 5 ans en plusieurs niveaux de gravité selon les signes cliniques. Un traitement antibiotique est recommandé en cas de pneumonie avec respiration rapide et/ou tirage intercostal. Chez les enfants ne présentant pas de tirage, des études ont démontré la non-infériorité d'une antibiothérapie de 3 versus 5 jours, mais on manque de données chez les enfants avec un tirage.



METHODES : Etude de non-infériorité prospective randomisée, contrôlée, en double aveugle menée dans 2 centres hospitaliers de la capitale du Malawi de Mars 2016 à Avril 2019

- Critères d'inclusion : enfant de 2 à 59 mois présentant une pneumonie clinique avec tirage
- Critères d'exclusion : pneumonie sévère, infection par le VIH ; anémie sévère ; ATB dans les 48h précédant l'inclusion ; toux > 14 jours



RESULTATS : 3000 patients inclus et randomisés dans le groupe 3 jours (N=1497) ou 5 jours (N=1503) Population comparable dans les 2 groupes :

- Terrain : Age (57% 2-11 mois, 34% 12-35 mois) ; 20% dénutrition (périmètre brachial < 13,5 cm) ; 63% couverture vaccinale contre le pneumocoque
- Présentation clinique : > 99 % pneumonie non oxygénorequérante avec SpO₂ > 93% ; 68 % absence de fièvre à l'admission

Critère de jugement principal : infériorité démontrée en analyse en ITT

- Bras 3 jours : 1442 données disponibles à J6 / 1497 patients, 85 échec à J6 = 5,9%
- Bras 5 jours : 1456 données disponibles à J6 / 1503 patients, 75 échec à J6 = 5,2%

Critère de jugement secondaire (échec J6 + récurrence J14) : non-infériorité conservée (3j : 12,5% vs 5j : 10,8%) ; taux d'effets indésirables similaires dans les deux groupes

DISCUSSION : Cette étude de grande ampleur avec une solide méthodologie démontre la non-infériorité d'un traitement antibiotique de 3 jours versus 5 jours chez les pneumonies non sévères de l'enfant avec tirage intercostal et plaide pour une possible simplification et harmonisation des recommandations OMS (3 jours d'amoxicilline pour toutes les pneumonies infantiles non sévères des enfants non immunodéprimés ?). Plusieurs limites cependant

- **Diagnostic de pneumonie incertain** dans plusieurs cas : **Pas de confirmation radiologique du diagnostic**, absence de fièvre à l'admission dans la majorité des cas
- Résultats difficilement extrapolables à une population différente (notamment si : couverture vaccinale moindre, absence de screening systématique du VIH, plus fort pourcentage de dénutrition...)



Phase 2 Trial of the DPP-1 Inhibitor Brensocatic in Bronchiectasis

James D. Chalmers, M.B., Ch.B., Ph.D., Charles S. Haworth, M.B., Ch.B., M.D.,
Mark L. Metersky, M.D., Michael R. Loebinger, B.M., B.Ch., Ph.D.,
Francesco Blasi, M.D., Ph.D., Oriol Sibila, M.D., Ph.D., Anne E. O'Donnell, M.D.,
Eugene J. Sullivan, M.D., Kevin C. Mange, M.D., M.S.C.E.,
Carlos Fernandez, M.D., M.P.H., Jun Zou, Ph.D., and Charles L. Daley, M.D.,
for the WILLOW Investigators*

(Article résumé par Antoine Méheut)

CONTEXTE : La Dilatation des bronches (DDB) est une pathologie parsemée de fréquentes exacerbations ayant un impact majeur sur la qualité de vie, la capacité respiratoire et la survie des patients. Les sérine-protéases relarguées par les PNN une fois activés, ont un rôle majeur dans la physiopathologie de cette maladie inflammatoire chronique. Ces protéases sont activées lors de la maturation des PNN par la dipeptidyl peptidase-1 (DDP-1). Le Brensocatic (médicament à prise orale, sélectif et réversible) inhibe l'activité des sérine-protéases des PNN, et son efficacité a été prouvée chez des volontaires sains dans un essai de phase I. Il s'agit du premier essai de phase 2 évaluant cette molécule chez des patients avec DDB.

METHODES : Essai de phase 2 multicentrique (14 pays, 116 centres) en double aveugle

- Critères d'inclusion : patients de 18 à 85 ans avec DDB confirmée par un scanner thoracique, au moins 2 exacerbations dans les 12 derniers mois
- Critères d'exclusion : Mucoviscidose, hypogammaglobulinémie, DICV, déficit en alpha1-antitrypsine, BPCO ou Asthme diagnostiqués par un des investigateurs, périodontite sévère (potentiel effet secondaire du Brensocatic)

Randomisation selon ratio 1:1:1 en trois groupes parallèles (placebo, 10 mg/j et 25 mg/j de Brensocatic) avec stratification sur l'utilisation d'un macrolide au long cours, et la colonisation à *P. aeruginosa* sur le crachat lors du screening)

- Critère de jugement principal (1) : temps jusqu'à la 1^{ère} exacerbation durant les 24 semaines de traitement
- Critères de jugement secondaire (2) : taux d'exacerbations, modification du volume expiratoire forcé après utilisation de bronchodilatateurs, modification des symptômes respiratoires selon un questionnaire de qualité de vie, variation de la concentration d'élastase de PNN activés dans le crachat.

RESULTATS : 256 patients randomisés (n=87 groupe placebo, n=82 groupe 10 mg et n=87 groupe 25 mg). Les patients étaient plutôt des femmes caucasiennes de plus de 60 ans.

- **CJP** : Le temps jusqu'à la 1^{ère} exacerbation était significativement plus long dans le groupe Brensocatic 10 mg vs placebo (p= 0.03) et Brensocatic 25 mg vs placebo (p= 0.04)
- **Critères de jugement secondaires** : le pourcentage de patients à ≥ 1 exacerbation(s) était significativement plus bas dans les 2 groupes Brensocatic (10mg 32% et 25mg 33%) comparativement au groupe placebo (48% soit p=0.03 et p=0.04 respectivement). En revanche: pas de modification significative pour le volume expiratoire forcé ni sur la qualité de vie. La concentration moyenne d'élastase dans les crachats était plus basse sous traitement par Brensocatic mais rejoignait celle du groupe placebo à 4 semaines de l'arrêt

Sécurité : le taux d'effets indésirables était significativement plus élevé sous traitement (38% dans le groupe placebo vs 63% dans le groupe 10mg [p=0.001] et 54% dans le groupe 25mg [p=0.003]), en particulier pour réaction cutanée et périodontite ; aucun EI grave retenu en particulier pas de différence significative pour les événements infectieux .

DISCUSSION : Un traitement par Brensocatic durant 24 semaines prolonge de manière significative le délai jusqu'à la 1^{ère} exacerbation chez des patients DDB avec ≥ 2 exacerbations par an.

Limites : Les risques infectieux (diminution théorique de l'efficacité des PNN) et les effets connus de l'inhibition de DDP-1 (dermatologique et odontologique) n'ont pas été évalués au long cours ; étude réalisée dans certains pays d'Europe et avec un faible effectif.

Un essai de phase 3 de plus longue durée et avec un plus large nombre de patients est donc nécessaire.

(Article résumé par Louise Bronner)

CONTEXTE : Les pneumonies virales, par leur lésions directes sur l'épithélium des voies respiratoire, sont susceptibles de favoriser des surinfections bactériennes ou fongiques incluant l'**Aspergillose pulmonaire invasive (IPA)**. C'est le cas de la grippe avec l'Influenza associated pulmonary aspergillosis (**IAPA**), fréquente dans la grippe maligne avec des tableaux de SDRA.

La COVID-19 semble empêcher la clairance ciliaire, entraîne une dysfonction et une dysrégulation du système immunitaire et entraîne une lymphopénie (connue pour être un FDR d'IPA en hématologie). Une nouvelle entité a été décrite, la Covid19-associated pulmonary aspergillosis (**CAPA**), dont l'incidence est estimée entre 3 à 33% selon les études et semble associée à une augmentation de la mortalité.

Cependant, la CAPA reste un diagnostic difficile (pas de facteurs de risques connus, critères diagnostiques scannographique et mycologique non définis) ; de plus, il est difficile de faire la différence entre colonisation et infection invasive.

METHODES : Création d'un groupe d'expert (composé de 22 experts issus de 6 continents et de 14 pays différents) en mai 2020, qui a été chargé de faire une revue de la littérature, pour proposer un consensus de critères pour définir la CAPA afin d'homogénéiser les registres pour pouvoir monter des essais cliniques

RESULTATS : Le diagnostic de CAPA nécessite une PCR SARSCOV2+ durant les 2 semaines entre l'hospitalisation et l'admission en réanimation dans les 72-96H après une hospitalisation en réanimation.

- **Facteurs de risque** : pas de FDR liés à l'hôte (critères validés de l'EORTC applicables si maladie sous-jacente prédisposante) ; les Anti IL6 ou les corticostéroïdes semblent augmenter le risque de surinfection.
- **Critères diagnostiques** : définition de **3 catégories (possible, probable ou prouvée) sur la base de critères cliniques** (Fièvre réfractaire, aggravation respiratoire, hémoptysies, douleur pleurales) + **imagerie** (pas de signes spécifiques mais atypies) + **microbiologiques** (Gold standard : biopsie positive ; biomarqueurs [Ag GM mais faible Se ; Beat-D-glucane non spécifique] validés pour le LBA et le sérum, mais NON validé pour les AET, ECBC ou le lavage sans bronchoscopie)
- 1. **CAPA prouvée** : Histologie *ET/OU* examen direct *OU* PCR+ en faveur invasion tissulaire
- 2. **CAPA Probable** : Examen direct + au LBA *OU* culture + au LBA *OU* index GM (serum) > 0,5 *OU* index GM (LBA) >1 *OU* 2PCR + (serum) *OU* 1PCR <36 seuil (LBA) *OU* 1PCR sang + 1PCR LBA *OU* une combinaison.
- 3. **CAPA Possible** : Idem que la CAPA probable mais avec prélèvement autre que LBA
- **Traitement antifongique** (CAPA possible, probable ou prouvée)
 - **Voriconazole** (6mg/kg x2 à J1 puis 4mg/kg x2) ou **Isavuconazole** (200 mg x3/jour J1 et J2 puis 200 mg/jour) en 1^{ère} intention pendant **6 à 12 semaines**
 - 2^{ème} intention : L-AMB / posaconazole / échinocandines en combinaison avec un azolé,)
- **Monitoring du traitement** : Dosage régulier des antifongiques (x2/semaine S1 puis 1x/semaine) avec cible thérapeutique définie (Vorico : 2-6 mg/L / Posaco : 1-3,75 mg/L) ; Suivi du GM pouvant aider pour déterminer l'efficacité et déterminer la durée du traitement.

DISCUSSION : Des questions persistent

- Quels sont les facteurs de risques de la CAPA ? Le SARSCOV-2 est-il un facteur de risque propre à l'IPA ou aux traitement immunosuppresseurs (corticothérapie, Anti-IL6) ?
- Devant un diagnostic difficile à établir et une haute prévalence avec mortalité élevé, la CAPA justifierait-elle d'un traitement prophylactique ?
- Est-ce que la CAPA est un facteur de risque indépendant de mortalité ?

(Article résumé par Jules Fleuriot)

CONTEXTE : L'infection grippale reste un problème de santé publique majeur pour laquelle l'arsenal thérapeutique actuel est limité ; certaines études ont montré une efficacité réduite de l'oseltamivir contre le virus influenza de type B. Le baloxavir a une activité antivirale in vitro contre les virus A et B y compris ceux résistants à l'oseltamivir. Le baloxavir a montré une efficacité sur la réduction de la durée des symptômes chez les gripes non compliquées de 25% par rapport au placebo, et sur la diminution de la charge virale y compris par rapport à l'oseltamivir. Cependant, peu d'études randomisées ont évalué cette molécule chez des patients à haut risque de complications. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'une dose unique de Baloxavir par rapport à un placebo et à l'oseltamivir chez des patients ambulatoires atteints de grippe non sévère mais à haut risque de complications.

METHODES : Essai contrôlé randomisé en double aveugle de phase 3 multicentrique et international

- **Critères éligibilité** : > 12 ans / Grippe suspectée / Haut risque de complications (> 1 FDR parmi : asthme ou pathologie pulmonaire chronique, pathologie endocrinienne ou cardiaque chronique, > 65 ans)
 - **Critères exclusion** : Hospitalisation / Allergie à l'oseltamivir / terrain particulier (grossesse / Insuffisance hépatique / Cancer / PVVIH avec CD4 < 350/mm³ / greffe d'organe solide ou de CSH/ CT > 20mg/j)
- Les patients étaient randomisés dans 3 bras (ratio 1 :1 :1) avec stratification sur la sévérité des symptômes l'origine géographique (continent) et le poids pour recevoir : Baloxavir dose unique (40mg si < 80kg et 80mg si > 80kg) / Oseltamivir : 75mg x 2/jour - 5 jours / Placebo
- **CJP** = Réduction intensité des symptômes selon autoquestionnaire réalisé 2 fois par jour de J1 à J9 puis 1 fois par jour de J10 à J14
 - **CJS** = Durée jusqu'à disparition des symptômes de la grippe / Complications associées grippe / Antibiothérapie/ Charge virale sur RT-PCR nasale réalisée à J1-J2-J3-J4-J5-J6-J9 / Tolérance

RESULTATS : 2184 patients ont été inclus et randomisés (Baloxavir : N=730; Placebo: N=729; Oseltamivir: N=725) entre Janvier 2017 et Mars 2018. Les facteurs de risque de complication les plus fréquents étaient la présence d'une pathologie pulmonaire sous-jacente et l'âge > 65 ans.

- **Baloxavir versus placebo** : Réduction de l'intensité des symptômes significativement plus rapide de 29H (IC 14-42H) (73H VS 102H; p<0.0001) constant dans les sous-groupes de virus A ou B et selon le délai d'introduction du traitement sauf si > 36h ! **Sur les CJS** : Moins de complications (3% vs 10% p < 0.0001) / - ATB consommé / Réduction charge virale et du délai de négativation de la RT-PCR
- **Baloxavir versus oseltamivir** : **CJP négatif** mais réduction significative de la durée des symptômes dans le sous-groupe type B avec une différence de 27H (6-42H p = 0.025) / **Sur les CJS** : Réduction de la charge virale et du délai de négativation de la RT-PCR

Par ailleurs : Pas de différence sur les effets indésirables entre les 3 bras ; apparition de variants avec diminution de sensibilité au Baloxavir sous traitement (délai de négativation de la PCR plus long mais pas de différence sur les critères cliniques)

DISCUSSION : Le Baloxavir est efficace et bien toléré chez les patients à haut risque de complications traités pour une grippe en ambulatoire, en particulier pour le sous-type B. Le traitement semble d'autant plus efficace qu'il est débuté précocement (< 36h). Cependant, plusieurs interrogations persistent quant à l'émergence de la résistance au baloxavir sous traitement (impact clinique ? Transmission de la résistance), l'intérêt de majorer la posologie surtout chez patient grave/immunodéprimé, et l'impact du traitement sur le taux d'hospitalisation. Un essai est actuellement en cours sur l'association Baloxavir + Antineuraminidase chez des patients hospitalisés pour infection grippale. Dans ces temps de pandémie virale, la poursuite de la recherche dans ce domaine paraît plus que jamais indispensable !

(Article résumé par N Taar)

CONTEXTE : Le voriconazole reste le traitement curatif de 1^{ère} intention de l'aspergillose invasive depuis 2008, malgré des effets secondaires nombreux et potentiellement graves, et la nécessité d'une surveillance pharmacologique rapprochée. Des alternatives moins toxiques mais tout aussi efficaces sont nécessaires, et le posaconazole est l'un des candidats potentiels.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la non-infériorité du POSACONAZOLE par rapport au VORICONAZOLE en 1^{ère} ligne dans le traitement de l'aspergillose invasive.

METHODES : Etude randomisée, contrôlée, en double aveugle de non infériorité internationale multicentrique (653 patients éligibles), de phase 3

- Critères d'inclusion : aspergillose prouvée, probable ou possible selon les critères EORTC 2008.
- Critères d'exclusion : Aspergillose chronique, récurrente, ou en rechute ; cirrhose CHILD C, IRC avec DFG <20 ml/min, hémodialyse, mucormycose ancienne ou active.

Les patients étaient randomisés (ratio 1:1) selon le niveau de risque (« haut risque » [allogreffés, LA réfractaire, greffés d'organe solide] vs « non haut risque »)

- Groupe posaconazole : dose de charge IV ou po de 300 mgx2 à J1 puis 300 mg/j par la suite (po ou IV).
- Groupe voriconazole : dose de charge de 6 mg/kg IV ou 300 mgx2 po à J1, suivie par 4 mg/kg IV ou 200 mgx2/j po, les jours suivants

(Seul le personnel pharmacien avait connaissance de l'assignation des antifongiques aux patients)

CJP : Mortalité toutes causes confondues mesurée jusqu'à J42 selon analyse en ITT (Analyse secondaire de « safety » mesurée en ITT sur les effets indésirables des thérapeutiques antifongiques)

RESULTATS : 653 patients éligibles pour 575 patients randomisés et analysés en ITT (288 patients dans le groupe POSACONAZOLE et 287 dans le groupe VORICONAZOLE)

(Hypothèse initiale : 600 patients nécessaires pour démontrer la non-infériorité du POSACONAZOLE en estimant une mortalité toutes causes confondues de 23% à J42 de traitement)

- **CJP** : La mortalité toute cause confondue mesurée à J42 selon l'analyse en ITT était de 15 % dans le groupe POSA pour 21 % dans le groupe VORI (-5.3% [95% CI -11.6 to 1.0]; p<0.0001).
- L'incidence globale des effets indésirables liés au traitement était selon l'analyse ITT de « safety » de 30% pour le POSA (cytolyse, nausées, vomissements, hypokaliémie) et de 40% pour le VORI (cytolyse, cholestase, hallucinations, troubles de la vision) (-10.2% [95% CI -17.9 to -2.4]).
- Le motif le plus fréquent de discontinuité de l'étude était le décès et le motif le plus fréquent d'arrêt du traitement était lié à ses effets indésirables
- 3 décès attribuables dans groupe VORICO vs 0 dans groupe POSACO

DISCUSSION : Cet essai démontre la non-infériorité du POSACONAZOLE par rapport au VORICONAZOLE dans le traitement de première ligne contre l'aspergillose invasive, avec un taux d'effets secondaires moindres. Le POSACONAZOLE pourrait donc constituer une alternative au VORICONAZOLE en 1^{ère} ligne dans le traitement de l'aspergillose invasive.

Limites de l'étude

- Absence de suivi pharmacologique du VORICONAZOLE du fait du design en double aveugle (cible thérapeutique atteinte ? Gestion des effets indésirables ?)
- Moment de la prise du VORI non précisé (or la biodisponibilité du VORICONAZOLE PO est divisée par 3 ou 4 si non pris à jeun)
- Nombre de patients randomisés inférieur au NSN pour démontrer la non infériorité



Rifabutin for treating tuberculosis in solid organ transplant recipients: A retrospective observational study and literature review

(Article résumé par K Sermet)

CONTEXTE : L'incidence de la tuberculose (TB) est de 20 à 74x supérieure chez les transplantés d'organe solide (TOS) p/r aux immunocompétents dans les pays développés, et une cause de mortalité. Elle constitue également un facteur de risque de rejet, lié entre autres aux risques d'interactions médicamenteuses entre la Rifampicine (RFP) et les anti-calciéurines (tacrolimus, ciclosporine) ou de -mTOR (everolimus) via le 3A4. Les stratégies de remplacement de RFP par Rifabutine (RFB, moindre inducteur du 3A4, posologie : 5mg/kg/j soit 300mg/j) ont été évaluées chez le PVVIH mais non le TOS.

METHODES : Etude rétrospective observationnelle monocentrique de 2000 à 2019 au CHU de Barcelone ayant inclus 32 cas de tuberculoses identifiés sur le registre de « l'unité clinique mycobactéries »

- 3 groupes : RFP, RFB, pas de rifamycine (no-RF, contre-indication)
 - Tuberculoses confirmées (PCR ou culture +) ou probables (Ziehl-Neelsen+ ET critère radio- ou histologique ET réponse au traitement ET pas d'autre diagnostic)
 - Endpoints primaires : Mortalité et Guérison clinique (disparition signes et symptômes après traitement) et secondaires (rejet de greffon, modification du traitement à cause d'effets indésirables)
- + Revue de la littérature : recueil biblio « snowball » en partant de NCBI ("rifabutin" + "tuberculosis")

RESULTATS : 12 patients groupe RFB (dont 2 initialement sous RFP), 14 groupe RFP, 5 groupe no-RF ;

- 55% greffé rein, 35% foie, 10% cœur
- Aucune prophylaxie anti-TB pré-greffe
- 55% de TB disséminée ; davantage de formes extrapulmonaires dans le groupe RFB
- Durée médiane de traitement ≈ 9mois

Groupe RFB : pas de différence statistiquement significative avec RFP (tendance à moins de mortalité : 16,7% vs 35,7%, d'effets indésirables 25% vs 35,7%, plus de guérison clinique 83% vs 64%)

Revue de littérature : études de qualité faible, n=59 rapportés seulement

- Résultats similaires en % de rejet et de guérison
- Effets indésirables : jusqu'à 40% de cytolyse et 23% de thrombopénie sous RFB

DISCUSSION :

Limites de l'étude

- Données rétrospectives, avec changement de schéma en 2010 (RFB en 1^e intention) donc biais avant-après
- Pas de significativité, possiblement sur effectif réduit et différence de population
- 100% de survie dans le groupe no-RF (probablement car pas de TB disséminée)

Intérêts et perspectives

- Intérêt clair de la RFB pour faciliter la gestion des immunosuppresseurs
- Peut être applicable aux non-greffés
- Nécessités de publication sur le monitoring systématique des IS sous RFB vs. RFP

AU TOTAL : cet étude montre des données favorables sur efficacité et sécurité de la RFB à exploiter (nécessité d'un essai randomisé)

- Enfin les résultats de cette étude française multicentrique sur le traitement court des pneumopathies ! L'arrêt des antibiotiques après 3 jours est possible chez les patients stables.

Discontinuing β -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial.

Dinh et al., Lancet, Mar 2021

- A l'heure des essais cliniques sur les anticorps neutralisants dans le COVID, des données sur l'intérêt des bnAbs dans la prévention de l'infection à VIH : pas d'effet sur la prévention globale de l'infection, même si les anticorps réduisaient le taux d'infection par les souches sensibles aux anticorps administrés... à quand le cocktail magique ?

Two Randomized Trials of Neutralizing Antibodies to Prevent HIV-1 Acquisition.

Corey et al., New Eng J Med, Mar 2021

Retrouvez la bibliothèque du RÉJIF actualisée et mise à jour tous les mois sur ZOTERO via le groupe « jeunes infectiologues » (à enrichir et à consulter autant que possible !)
https://www.zotero.org/groups/jeunes_infectiologues