

LE RÉJIF A LU POUR VOUS (PAR TOUTE L'ÉQUIPE DE LYON)

1

résumé par Quiterie DE REALS
Effect of Direct from blood Bacterial testing on Antibiotics Administration in Adults Presenting With Acute Infection : A randomised trial. 
David C. Gaston et al., *CID*, Janvier 2026

2

résumé par Fanny LAPEINE
Nirsevimab vs RSVpreF Vaccine for Respiratory Syncytial Virus-Related Hospitalization in Newborns. 
Jabagi et al., *JAMA*, Décembre 2025

3

résumé par Clara KOSTER
Trial of High Dose Oral Rifampicin in Adults with Tuberculous Meningitis. 
David B. Meya et al., *NEJM*, Décembre 2025

4

résumé par Marianne COHAUT
Noninferiority of One HPV Vaccine Dose to Two Doses. 
A.R. Kreimer et al., *NEJM*, Décembre 2025

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

Effect of Direct-from-blood Bacterial Testing on Antibiotics Administration in Adults Presenting With Acute Infection: A Randomized Trial

David C. Gaston,^{1,2} Romney M. Humphries,^{1,2} Ariel A. Lewis,^{2,3} Cheryl L. Gatto,^{2,3} Li Wang,⁴ George E. Nelson,⁵ Joanna L. Stollings,^{6,7} Benjamin J. Ereshefsky,⁶ Matthew A. Christensen,⁷ Mary Lynn Dear,² Ritu Banerjee,^{4,8} Matthew Rodgers,¹ Alison Benton,¹ Sharon Glover,¹ Karen F. Miller,^{2,3} Wesley H. Self,^{2,3} Matthew W. Semler,^{2,3,9} and Edward T. Qian^{7,8,9}; Vanderbilt Center for Learning Healthcare⁹

CONTEXTE

Une ATBthérapie empirique large spectre est justifiée en cas de tableau infectieux sévère. Plusieurs études observationnelles suggèrent un bénéfice des tests rapides PCR « direct-from-blood » (identification de bactéries en quelques heures) sur la désescalade précoce de ces ATB, mais aucun ECR n'a été réalisé.

OBJECTIF

Comparer l'effet de l'utilisation d'un test rapide « direct-from-blood » (DFB) associé aux hémocultures, par rapport aux hémocultures seules, sur la durée d'administration d'ATB large spectre.
Objectif primaire : vancomycine,
Secondaire : β -lactamine anti-pseudomonas.

MÉTHODE

Essai contrôlé randomisé (ECR) pragmatique, ouvert, unicentrique, mené de 12/2023 à 12/2024 aux USA.

Inclusion des **adultes admis au SAU avec prescription d'hémocultures et de vancomycine IV dans les 12h** de l'entrée. Exclusion si > 1 dose de vancomycine déjà reçue, hémoculture déjà positive dans les 7 derniers jours, durée de vancomycine prévisionnelle > 7 jours (infection cutanée, EI, ostéomyélite), incarcération, grossesse.

- La référence : **hémocultures avec Gram + PCR pour {identification et ATBrésistance}** + alerte informatique
- Le test : ajout de DFB **T2Bacteria Panel (basé ADN, approuvé FDA, visant 5 bactéries : *S aureus*, *E faecium*, *K pneumoniae*, *P aeruginosa*, *E coli*)** + alerte informatique + obligation justifier poursuite vancomycine si DFB nég

CJP : délai entre randomisation et début de la dernière dose de vancomycine IV

CJS : idem pour B-lactamine anti-pseudomonas

RÉSULTATS

Inclusion de **250 patients dans chaque groupe** : âge médian 57 ans, sepsis pour 36% d'eux (critères Sepsis-3), points d'appel principaux pulmonaire, cutané, digestif

- Groupe intervention : **12%** des DFB positifs, avec identification (5 pathogènes) en **7.9h**

- Les deux groupes : **19.5%** des hémocultures positives, avec Gram en 19.2h et identification en **5.5j**

Discordance DFB / hémocultures 20/208 patients (9.6%) : 13 DFB+ / hémoc- (mais 4 culture+ sur autre site), 4

DFB- / hémoc+ (malgré pathogène du panel), 1 DFB+ / hémoc+ mais pathogène ID différent, 2 indéterminés

Donc performances diagnostiques DFB (VS hémocs en gold-standard) : **Sn 69%**, Sp 98.5%, VPP 42%, VPN 99.5%

(NB : performances annoncées : **Sn 90%**, Sp 90%, VPN 99.7%, donc discordance...)

Malgré la différence de délai d'identification, **il n'a PAS été constaté de différence significative de durée d'administration d'ATB.**

- Vancomycine : durées médianes de **12.5h et 19h** soit un hazard ratio de 1.08 [0.9-1.28]

- β -lactamine anti-pseudomonas : durées médianes de **1.6j et 1.7j** soit un hazard ratio de 1.04 [0.87-1.24].

DISCUSSION – CONCLUSION

Pas de confirmation dans un ECR pragmatique de l'intuition des études observationnelles, malgré une taille raisonnable (500 patients), des critères d'inclusion larges, et des conditions de bénéfice du DFB optimales (couplées avec alertes informatiques et interventions pharmacie).

Raisons : **durée déjà courte du traitement par vancomycine pour les contrôles (19h) = stewardship ATB fort**

Au vu du coût du DFB (commercialisé à 150€), pertinence de l'ajouter au stewardship ?

Pistes : intérêt d'une évaluation dans un milieu avec durées d'ATB large spectre habituellement plus longues :

- Chez des **patients plus sévères**, où la **désescalade avant résultat final des hémocs est plus difficile (sepsis, neutropénie) ?**

- Dans un contexte/hôpital avec un stewardship ATB moins fort ?

Nirsevimab vs RSVpreF Vaccine for Respiratory Syncytial Virus-Related Hospitalization in Newborns

Marie-Joelle Jabagi, PharmD, PhD¹; Marion Bertrand, MSc¹; Amélie Gabet, PhD¹; [et al](#)

CONTEXTE

Le VRS est une cause majeure d'hospitalisation chez les nourrissons au cours de leur première saison épidémique. En France, **deux stratégies préventives sont disponibles**, toutes deux ayant démontré une diminution des formes sévères d'infection à VRS et du nombre d'hospitalisations. Cependant, il n'existe aucune donnée d'efficacité comparative en vie réelle.

OBJECTIF

Comparaison des effets de la vaccination maternelle par le vaccin RSVpreF (ABRYSVO) contre l'immunisation passive des nourrissons par le NIRVESIMAB sur la prévention des hospitalisations liées au VRS

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude utilisant les données du Système national des données de santé en France.

Elle inclut les **nouveau-nés nés en France métropolitaine entre le 1^{er} Septembre et le 31 Décembre 2024**, ayant bénéficié d'une prévention du VRS soit par vaccination de la mère par ABRYSVO entre 32 et 36 SA, soit d'une prophylaxie par NIRVESIMAB avant la sortie de la maternité.

Appariement en 1:1 entre les deux groupes (âge gestationnel, région de naissance, sexe, date de sortie de la maternité), utilisation d'un score de propension.

Critère de jugement principal : hospitalisation pour infection respiratoire basse liée au VRS

Critères de jugement secondaires : admission en soins intensifs pédiatriques, recours à un ventilateur ou à une oxygénothérapie, durée d'hospitalisation, utilisation d'ECMO, utilisation de monoxyde d'azote, mortalité hospitalière.

RÉSULTATS

42 560 nourrissons ont été inclus, 21 280 dans chaque groupe.

Au total, 481 hospitalisations pour infection respiratoire basse liée au VRS, **212 (44,1 %) dans le groupe NIRVESIMAB** contre **269 (55,9 %) dans le groupe de vaccination maternelle par ABRYSVO**, soit une **différence de -11,8 %** [-18,1 % à -5,5 %].

L'immunisation passive par **NIRVESIMAB** était associée à un **risque réduit d'hospitalisation pour infection respiratoire basse liée au VRS**, avec **HR ajusté à 0,74** [0,61–0,88].

Une réduction du risque, en faveur du NIRVESIMAB, était également observée pour les critères de jugement secondaires suivants :

- Admission en unité de soins intensifs pédiatriques HR 0.58 [0.42-0.80]
- Hospitalisation pour oxygénothérapie HR 0,56 [0,38-0,81]
- Assistance ventilatoire HR 0,57 [0,40-0,81]

DISCUSSION – CONCLUSION

En conditions de vie réelle, au sein de la même période épidémique et dans une population comparable, **l'immunisation passive par NIRVESIMAB est associée à des taux plus faibles d'hospitalisation liée au VRS, comparativement à la vaccination maternelle par ABRYSVO**.

Les résultats sont similaires pour d'autres critères de gravité (admission en soins critiques, ventilation assistée). Cette différence pourrait s'expliquer par les **mécanismes immunologiques** (immunité passive directe VS immunité dépendante du terme et du transfert placentaire), entraînant une meilleure efficacité du NIRVESIMAB après plusieurs semaines de vie.

Ces résultats ne sont pas à interpréter comme une inefficacité de l'ABRYSVO, qui reste une stratégie acceptable en fonction du contexte de soins.

Forces : données nationales exhaustives, en vie réelle et sur une même période épidémique

Limites : pas d'étude comparative de sécurité, pas d'évaluation possible de la durabilité de la protection, absence d'analyse virologique, persistance possible de facteurs confondants résiduels



Trial of High-Dose Oral Rifampin in Adults with Tuberculous Meningitis

Authors: David B. Mehta, M.B., Ch.B., Ph.D., Fiona V. Cresswell, M.B., Ch.B., Ph.D. , Biyue Dai, Ph.D., Nicole Engen, M.S., Kogieleum Naidoo, M.B., Ch.B., Ph.D., Ahmad Rizal Ganiem, Ph.D., Darma Imran, M.D.,  +28, for the HARVEST Trial Team* [Author Info & Affiliations](#)

CONTEXTE

La méningite tuberculeuse est une manifestation très sévère de la tuberculose, avec une mortalité élevée (jusqu'à 50% chez les patients VIH+).

Compte tenu de la faible diffusion de la Rifampicine dans le LCS, certaines données de la littérature suggèrent qu'une majoration de posologie de Rifampicine pourrait améliorer le pronostic des méningites tuberculeuses.

OBJECTIF

Evaluer l'efficacité de fortes doses de Rifampicine (35mg/kg/j) par rapport à la dose standard (10mg/kg/j) sur la survie dans les méningites tuberculeuses.

MÉTHODE

Il s'agit d'un **essai contrôlé randomisé** de phase III, contre placebo, en double-aveugle mené dans 9 centres en Afrique du Sud, Indonésie et Ouganda.

Les critères d'inclusion : âge ≥ 18 ans, méningite tuberculeuse confirmée microbiologiquement ou diagnostic clinique avec anomalies du LCS et décision de traitement anti BK.

Les patients du **groupe forte dose recevaient 35mg/kg/j** de Rifampicine pendant 8 semaines vs **10mg/kg/j et un placebo dans le groupe contrôle, en association à Isoniazaide, Pyrazinamide et Ethambutol, ainsi qu'une corticothérapie si elle était indiquée d'après le clinicien.**

Critère de jugement principal : survie à 6 mois

Critères de jugement secondaire : survie à 12 mois, amélioration du pronostic fonctionnel selon différentes échelles (Rankin modifiée, score de Liverpool, performance neurocognitive), durée d'hospitalisation, interruption de traitement ≥ 5 jours, événement indésirable, ré hospitalisation pour dégradation neurologique.

RÉSULTATS

Groupes : Inclusion de **249** patients dans le groupe fort dose et **250** patients dans le groupe contrôle.

Statut VIH : 61% des patients étaient VIH+ dont 41% sous ARV et 50% avec des CD4 $< 100/\text{mm}^3$.

CJP : La mortalité à 6 mois était de **44,6%** dans le groupe forte dose et **40,7%** dans le groupe contrôle (différence non significative).

CJS : On retrouve une surmortalité statistiquement significative dans le groupe forte dose pour certaines sous-populations : patients sous ARV initialement, patients avec des leucocytes dans le LCR $< 5/\text{mm}^3$.

Il n'y avait pas d'amélioration du pronostic fonctionnel avec les fortes doses.

Tolérance : augmentation significative du risque de pneumopathie d'inhalation et d'hyperbilirubinémie dans le groupe forte dose, et augmentation non significative du risque d'atteinte hépatique (8% dans le groupe fortes doses vs 4,4% dans le groupe placebo).

DISCUSSION – CONCLUSION

Cette étude ne retrouve **pas de bénéfice aux fortes doses de Rifampicine** dans les méningites tuberculeuses sur la mortalité ou le pronostic fonctionnel. **On note une surmortalité avec les fortes doses dans 2 sous-groupes** : les PVVIH sous ARV au diagnostic, lorsque les leucocytes dans le LCR sont $< 5/\text{mm}^3$.

Les hypothèses évoquées pour expliquer ces résultats sont une sous-exposition aux corticoïdes par induction du métabolisme hépatique par la Rifampicine, ou une réaction immunologique excessive liée à la bactéricidie rapide.

Forces de l'étude : méthodologie robuste, peu de perdu de vu

Limites de l'étude : risque d'erreur diagnostique (certains cas de tuberculose non documentés)



Noninferiority of One HPV Vaccine Dose to Two Doses

A.R. Kreimer,¹ C. Porras,² D. Liu,¹ A. Hildesheim,¹ L.J. Carvajal,² R. Ocampo,² B. Romero,² M.H. Gail,¹ B. Cortes,² M.S. Sierra,¹ K. Coronado,² J. Sampson,¹ C. Coto,² C.L. Dagnall,³ D. Mora,² T.J. Kemp,⁴ M. Zuniga,² L.A. Pinto,⁴ G. Barrientos,² J. Schussler,⁵ Y. Estrada,² C. Montero,² C. Avila,² D. Ruggieri,⁵ J.T. Cyr,⁵ S. Chanock,¹ D.R. Lowy,⁶ J.T. Schiller,⁶ and R. Herrero^{2,7}

CONTEXTE

L'infection au virus du papillomavirus (HPV) notamment aux sérotypes 16 et 18 est en cause dans environ 77% des cancers du col de l'utérus. La couverture vaccinale reste mondialement basse (27% de jeunes femmes), possiblement lié à des difficultés d'accès combiné et un schéma en plusieurs doses.

OBJECTIF

Démontrer la non-infériorité d'une unique dose de vaccin bivalent ou nonavalent à HPV contre un schéma à deux doses, en termes d'incidence d'infection chronique à HPV 16 et 18 à 5 ans.

MÉTHODE

Critères d'inclusion : Inclusion de jeunes filles de 12 à 16 ans, en bonne santé, non vaccinée HPV, séjournant au Costa Rica (maximum 35% de femmes de la même région afin d'éviter une immunité limitée dans l'espace).

Essai contrôlé randomisé en double aveugle : une dose de vaccin bivalent (HPV16, 18) ou nonavalent (HPV6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) ; puis 6 mois deuxième randomisation avec deuxième dose du même vaccin ou une dose de vaccin contrôle dTPC.

Suivi avec PCR HPV (avec détection de 46 sérotypes) par auto-écouvillonnage endo-vaginal semestriel à partir de 15 ans, questionnaire avec mode de vie, recueil effets indésirables pendant 5 ans.

Constitution d'une **cohorte de femmes de 16 à 21 ans non vaccinées**, de caractéristiques identiques au groupe randomisé, pour une étude dite de **surveillance** avec prélèvements HPV à M0 et à M6, afin d'évaluer l'efficacité vaccinale.

Critère de jugement principal : Incidence de l'infection chronique persistante à 6 mois à HPV 16 ou 18, survenu entre M12 et M60, après un premier prélèvement négatif ou après début de vie sexuelle.

Analyse réalisée en per protocole, de non-infériorité avec marge de 1.25 infections tous les 100 participants, équivalent à une efficacité d'une dose de 80%.

Analyse de l'efficacité vaccinale (per protocole) : comparaison incidence de l'infection à HPV à M54 et M60 dans groupe de patientes randomisées contre infection M0 et M6 dans la cohorte de surveillance.

RÉSULTATS

Randomisation de 20 330 participantes, avec constitution de 4 bras : une dose de vaccin bivalent (N=4 880), deux doses de vaccins bivalent (N=4880), une dose de vaccin nonavalent (N=4851), deux doses nonavalent (N=4851). Inclusion de 3 005 femmes dans l'étude de la cohorte de surveillance.

CJP : Une dose de vaccin est non inférieure à deux doses en termes d'incidence et de persistance d'infection à HPV à 5 ans avec un taux de 0.13 infection pour 100 participants pour le vaccin bivalent et de 0.21 infection pour 100 participants pour le vaccin nonavalent.

CDJs : Non infériorité d'une dose de vaccin nonavalent pour les 7 autres sérotypes oncogènes inclus.

DISCUSSION – CONCLUSION

Non infériorité d'une dose de vaccination anti-HPV en termes d'infections à HPV de haut risque à 5 ans, contre deux doses. Efficacité vaccinale à visée de prévention des infections HPV à haut risque supérieure à 97% avec le vaccin bivalent ou nonavalent après une dose. Expliqué par l'immunogénicité forte du vaccin protéique permettant d'obtenir des taux d'anticorps élevés et durables même après une dose.

Forces : Essai de grande taille, forte adhérence des participants, utilisation de groupe comparateur.

Limites : Absence d'évaluation d'antériorité d'infections dans le groupe cohorte non vacciné, évaluation indirecte du risque de néoplasie, absence de monitoring d'anticorps.

CONSEILS DE LECTURE

- Étude comparative évaluant la qualité et la reproductibilité des réponses de ChatGPT 4o et Gemini 2.5 Flash via un banc d'essai standardisé basé sur les FAQ et les recommandations internationales (*Surviving Sepsis Campaign*).

Sepsis as Seen through the Eyes of AI: A Comparative evaluation of ChatGPT and Gemini

Tayibe Bal et al., *Infect Dis Now*, Janv 2026

- **IST & Tests rapides** : L'usage de la PCR rapide aux urgences réduit de plus d'une heure le temps d'attente et évite la prescription inutile d'antibiotiques dans plus de 60 % des cas.

Real-world Use of Molecular Point-of-care Testing for Sexually Transmitted Infections (STIs) in the Emergency Department: Why It Matters for Acute Care Management

Gaby Dashler et al., *Open Forum Infect Dis*, Dec 2025