



Académie
Nationale
de
Médecine

La lettre

Académie nationale de Médecine

numéro 41 • juin 2010

Vers les maisons de santé

L'exercice solitaire des professions de santé a vécu. La somme des connaissances a explosé, les besoins de la population en terme de prise en charge globale sont criants, la demande des malades pour plus de sécurité s'est considérablement accrue et les jeunes professionnels de santé ne veulent plus sacrifier leur vie personnelle sur l'autel d'une disponibilité sans fin. Dans un tel contexte, l'émergence d'un regroupement des professionnels de santé prend tout son sens afin de former de véritables équipes pluri-professionnelles qui agiront dans une prise en charge partagée pour prévenir, soigner, éduquer les malades et enseigner les étudiants. Qu'il s'agisse des Maisons de santé qui regroupent les professionnels sous un même toit, des Pôles de santé qui maintiennent une activité isolée mais coordonnée, ou des Centres de santé qui devront évoluer dans leur productivité, la recette pour les professionnels est la même.

Les clefs de la réussite

1. Ne pas céder à la précipitation au prétexte du non remplacement du médecin local et se donner le temps de l'appropriation par tous les professionnels avant d'écrire un projet.
2. Apprendre à travailler avec les élus des différentes communes voisines sur un même projet.
3. Etablir un projet de santé par les professionnels sur la base d'une solide étude d'implantation correspondant aux besoins locaux et intégrée dans le maillage territorial.
4. Adopter, entre professionnels, les modes de rémunération mixtes (libéral, forfaitaire, salarié) les plus adaptées aux tâches accomplies (veille, prévention, éducation sanitaire et soins).
5. Utiliser un dossier informatisé partagé entre les professionnels.
6. Envisager un relais de télé-médecine avec les centres experts publics ou privés et les spécialistes libéraux dans un cadre régional.
7. S'appuyer sur le guichet unique et la caisse de l'ARS pour toute aide à l'ingénierie, aux financements, afin d'assurer la cohérence du projet dans le cadre du SROS et du dispositif de permanence des soins.

Huit propositions phares

1. La création d'une marque collective « Maisons de santé » à partir d'un cahier des charges national.
2. La création d'un nouveau statut juridique, souple et adaptable.
3. L'autorisation d'un dossier du patient, unique et partagé.
4. L'inscription possible du patient à la maison de santé en tant que médecin traitant.
5. La création d'un guichet et d'une caisse unique dans les Agences Régionales de Santé et d'une mission d'appui au niveau national
6. L'implication des maisons de santé dans la formation et la recherche.
7. La montée en charge immédiate, visant une généralisation rapide, de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels, tant médicaux que para médicaux.
8. La recherche d'une cohérence des exercices pluri professionnels avec les besoins de la population.

Guy Vallancien

Rapport sur les Maisons de santé pluridisciplinaires, janvier 2010

Éditorial

Une reconnaissance internationale. La santé constitue aujourd'hui une affaire de politique internationale. C'est un facteur essentiel du développement et un élément important de la stabilité et de l'équilibre social des nations, notamment les moins développées d'entre elles. L'Académie nationale de médecine vient d'être officiellement reconnue par le Ministère des Affaires étrangères comme un interlocuteur privilégié dans le domaine international pour les sciences médicales et la santé publique. Ceci concerne notamment les « années » de collaboration bilatérale, avec en perspective France/Mexique pour 2011. Pour la commission internationale, c'est un aboutissement et le début d'une mission pour mieux faire connaître les valeurs et les travaux académiques en Europe et dans le monde. C'est pourquoi, la nouvelle plaquette de l'Académie est bilingue ; elle sera envoyée dans toutes nos ambassades, après avoir été remise aux conseillers scientifiques des ambassades étrangères lors d'une réception rue Bonaparte qui permet d'inaugurer ces échanges dans une atmosphère curieuse et chaleureuse. Depuis sa création, l'ANM est ouverte aux pays voisins. Elle compte actuellement 110 membres associés ou correspondants étrangers et le nombre et la qualité de nos stagiaires et anciens élèves représentent un réseau exceptionnel de relations internationales. Nous agissons dans trois secteurs principaux : l'Europe, les pays non européens non francophones, les pays francophones. La Fédération européenne des académies de Médecine (FEAM), créée par l'un des nôtres en 1995, devra s'imposer comme la « conseillère santé » des institutions européennes. S'agissant des pays non européens non francophones, nous avons des relations multilatérales avec l'IAMP (International Academy Medicine Panel) et le GID (Groupement international pour le développement) Des relations bilatérales existent déjà avec la Chine, le Brésil, le Mexique, le Japon. Concernant la francophonie, des échanges sont amorcés avec le Maroc, le Liban, la Tunisie, le Québec, l'Union médicale balkanique et nous avons pris contact avec les organisateurs des sommets francophones.



Le 13 avril dernier, l'Académie a reçu les conseillers scientifiques des ambassades étrangères à Paris

Charles Pilet

Jusqu'où peut aller le refus vaccinal en France ?

La France est-elle mal vaccinée ?

L'Europe a des résultats inégaux et décevants, à cause de la négligence du programme vaccinal et surtout d'une opposition croissante aux vaccinations. Notre société remet en question la justification de certains vaccins de routine, n'en percevant plus le bénéfice pour les maladies disparues. Et voilà comment la coqueluche persiste en Europe et la diphtérie réapparaît en Russie.

De plus en plus de vaccins, de moins en moins de vaccinés...

Plus les vaccins sont élaborés, plus le public et les médias y font obstruction ! La vaccination de masse s'oppose aux tendances individualistes de nos sociétés occidentales, mais également d'autres régions du monde en raison des progrès de l'information et d'internet. Il suffit d'une rumeur pour déclencher un cataclysme vaccinal.

La couverture vaccinale n'est plus assurée...

Les refus de vaccinations ont pour conséquence principale l'insuffisance de la couverture vaccinale. Or, on sait que le bénéfice collectif des vaccinations exige une couverture vaccinale élevée. Son insuffisance conduit à la persistance des maladies en perpétuant la

circulation de l'agent pathogène, créant ainsi des foyers épidémiques à partir des sujets réceptifs. D'autre part, on assiste à un dangereux glissement des cas de l'enfance vers l'âge adulte avec des formes plus graves.

Vous dénoncez les fausses rumeurs...

En Grande-Bretagne, la peur d'une relation entre le vaccin rougeole et l'autisme a déclenché une chute de la couverture vaccinale suivie d'une épidémie de 1 220 cas de rougeole dont 2 décès, et cela parce que le Dr Wakefield, après avoir réussi à susciter des plaintes de parents d'enfants autistes et vaccinés contre la rougeole, avait obtenu de la prestigieuse revue *Lancet* une publication sur cette relation. Le *Lancet*, au vu de la supercherie, s'excusa, ce qui n'empêcha pas une épidémie de rougeole de sévir en Europe depuis 2006. En France, avec 1 525 cas en 2009, on est loin de l'élimination prévue pour 2010.

Les vaccins font peur...

Les « affaires vaccinales » entraînent le refus global de tout vaccin : on l'a vu avec le vaccin rougeole en Grande-Bretagne ou le vaccin hépatite B en France, accusé sans preuve scientifique sérieuse de provoquer la sclérose en plaques. Mais, on peut s'inquiéter maintenant de l'augmentation possible des

cas d'hépatites B lorsque les adolescents actuellement non vaccinés atteindront l'âge adulte. Et le réflexe anti-vaccin est toujours là. La récente expérience de la vaccination contre la grippe pandémique a montré aussi que les craintes de la population vis à vis des adjuvants et des effets secondaires rares, s'inspiraient de cette polémique sur la vaccination hépatite B.

Comment remobiliser les Français ?

Il faut d'abord expliquer que la vaccination doit être maintenue puisque l'agent pathogène circule toujours et menace d'autant plus que la couverture vaccinale deviendrait insuffisante. L'Académie a toujours défendu la vaccination. C'est pourquoi elle recommande aujourd'hui une amélioration de la formation en vaccinologie et infectiologie des médecins et une information plus accessible au public. Pour une meilleure compliance du calendrier vaccinal, on pourra sans doute compter un jour sur les voies transcutanée, nasale et orale, moins invasives. Enfin, il faut impérativement rembourser les vaccins... mais aussi tarifier la source des rumeurs et des mensonges. La vaccination est un combat qui ne sera jamais terminé. (BANM, 05 2010)

Séance dédiée du 11 mai 2010

Hommage



Michel Bourel (1920-2008)

Michel Bourel nous a quittés de façon imprévue le 21 février 2008 ; notre compagnie perdait en lui un grand médecin, un académicien aimé de tous, un humaniste et un chef de famille exemplaire. Venu de Bretagne pour faire ses études médicales à Paris, il est reçu major à l'internat en 1946. Chef de clinique de 1950 à 1953, il associe activités hospitalières et recherche à l'Institut National d'Hygiène. Puis, fidèle à ses origines, il revient à Rennes comme professeur de Thérapeutique puis de Clinique médicale tout en créant l'unité de recherche hépatologique de l'Inserm qu'il dirige de 1968 à 1986. Il y développe, avec son équipe, la culture des hépatocytes, cellules clefs de la détoxification des médicaments. Il devient le spécialiste universellement reconnu de l'hémochromatose primitive, en précisant la sémiologie de l'affection, en démontrant le rôle pathogène du fer et en découvrant le lien génétique de la maladie avec le système HLA. Il fut élu à l'Académie nationale de Médecine en 1985. Académicien modèle, Il avait lu tous les rapports et communiqués. Ses interventions étaient brèves, précises et bienveillantes. Il aimait participer aux commissions et groupes de travail, donnant à la commission de Biologie une dimension nouvelle. Jacques-Louis Binet qui a présenté son éloge le 26 janvier 2010 a rappelé les qualités humaines de ce breton attaché au sol natal où il trouvait ses racines chrétiennes, père de famille attentif, homme de culture attaché au théâtre qu'il fréquentait assidument. Il aimait la jeunesse, la nouveauté, et il était resté curieux de tout et de tous. C'est ainsi que nous l'aimions et nous sommes tous en deuil de lui. (BANM, 01 2010)

Monique Adolphe

Sondage La Lettre de l'Académie jugée par ses lecteurs

- Une Lettre plutôt pédagogique (80%) que scientifique (23%)
- Les rubriques préférées : les recommandations (71%), l'éditorial(43%) et l'interview (28%)
- Un moyen pour l'Académie de se faire mieux connaître du monde médical, en donnant une bonne image d'elle et en faisant passer ses messages

Sondage réalisé en novembre 2009 sur 4 397 lecteurs. 101 ont répondu, soit un taux de retour de 2,3%.

La leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) de l'enfant

Il a fallu un demi siècle pour que la LAL, « maladie à tout jamais irrémédiable », devienne, une maladie curable. Depuis 50 ans, chaque année, au fil des protocoles, a apporté sa contribution à la guérison : première rémission obtenue par chimiothérapie, utilisation de nouvelles molécules, recours aux associations médicamenteuses, création de groupes thérapeutiques soumis à des protocoles. Le traitement fait succéder une période d'induction pour obtenir la rémission, une phase d'intensification pour venir à bout des cellules leucémiques résiduelles et un traitement d'entretien de 2 à 3 ans pour maintenir le bénéfice des phases précédentes. A tout moment, interviennent la prophylaxie et le traitement des localisations méningées où les cellules leucémiques sont protégées par la barrière hémato-encéphalique. Chaque période peut être source de complications infectieuses ou d'effets indésirables de la chimiothérapie. Certaines LAL sont gravissimes, d'autres

moins, certaines rechutent rapidement, d'autres tardivement ou pas du tout. L'intensité du traitement doit être adaptée à la gravité évaluée sur des données cytologiques, cytogénétiques et immunologiques et sur la sensibilité à la thérapeutique dont témoigne la maladie résiduelle. Rémission ne signifie pas guérison : l'immunologie permet de trouver des cellules malignes indétectables au microscope. L'espoir de guérison est de 93%. Il ne suffit pas d'appliquer un bon protocole. Une banque du sang performante, des locaux adaptés, des infirmières bien formées, des psychologues, des laboratoires de cytologie, d'immunologie, de cytogénétique sont indispensables. S'il faut guérir médicalement il faut aussi guérir psychologiquement voire socialement afin que ces enfants, guéris de la leucémie deviennent des adultes à part entière. (BANM, 10 2009) **G. Schaison**
Séances consacrées aux leucémies lymphoblastiques le 13 octobre 2009

La psychiatrie de retour au cerveau

La douleur « psychique » ou « morale » active, dans le cerveau, les mêmes dispositifs que les douleurs du corps, ce fut le thème de la conférence de Raphaël Gaillard qui a ouvert une séance dédiée à la psychiatrie (BANM, 2, 03 2010). Dans le même mouvement, Bruno Millet a montré de quelle façon l'expérience de la stimulation cérébrale profonde, acquise par les neurologues au bénéfice de la maladie de Parkinson, avait été mise à profit par les psychiatres pour venir à bout de troubles psychiatriques rebelles. Il s'est agi, en premier lieu, des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), affection sévèrement invalidante pour laquelle la stimulation bilatérale du noyau sous thalamique s'est montrée capable de soulager les obsessions comme de mettre fin aux compulsions et aux rituels de vérification. Les méthodes mises au point pour le repérage des cibles, le contrôle de la mise en

place des sondes, la prévention des effets indésirables, ont conduit à étendre les indications de la stimulation profonde aux dépressions chroniques et résistantes en fondant les protocoles expérimentaux sur les acquisitions de l'imagerie fonctionnelle. Dès maintenant, des résultats positifs ont été obtenus par la stimulation d'une région définie du gyrus cingulaire, ainsi que par celle du striatum ventral et, plus spécifiquement, du noyau accubens. Cinquante ans après un divorce « par consentement mutuel », la neurologie et la psychiatrie renouent des liens étroits dans l'action au bénéfice des patients mais aussi dans l'intérêt de la recherche sur le fonctionnement de cette merveilleuse machine qu'est le cerveau de l'homme. **J. C.**

Séance dédiée à la psychiatrie le 2 mars 2010

Nouveaux groupes de travail

- Conflits d'intérêts
- Délivrance des certificats médicaux d'aptitude à l'exercice de diverses activités
- Diabète, risque alimentaire et précarité
- Enseignement de l'humanisme médical
- Faciliter l'adoption en France
- La formation initiale en chirurgie est-elle indispensable et comment la réaliser ?
- Les premiers gestes qui sauvent
- Médecins/Vétérinaires (GT Mixte) Multiples aspects des dermatoses intéressant l'homme et l'animal
- Médicaments et adaptation périnatale de l'enfant : l'héritage médicamenteux
- Micropolluants eau minérale naturelle
- Molécules onéreuses et fin de vie
- Mortalité maternelle et périnatale en maternité
- Prise en charge des voyageurs sur les vols long-courriers
- Prise en charge pré-hospitalière des urgences vitales
- Régimes et compléments alimentaires
- Risques sanitaires liés au Bisphénol A (GT mixte médecine-pharmacie)
- Sport et dopage (GT mixte médecine-pharmacie)
- Utilisation d'une eau de consommation publique en comparaison d'une eau minérale naturelle ou d'une eau de source

Les Académiciens écrivent

- ARON E. *Molière et la médecine*, éd. La Simarre, 2009
- CAMBIER J. *Du temps et des hommes, vers une neuropsychologie du temps*, éd. de l'Infini, 2010.
- HASCOET J.M., VERT P. *Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né*, Masson, 2010
- HOERNI B., BENEZECH M., EVIN C., préface. *La relation humaine en médecine*, Glyphe, 2010
- HUREAU J., POITOUT D. *L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel*, 3^e édition, Masson, 2010
- JOUANNET P. *Donner et après...*, Springer, 2010
- LECHEVALIER B. *Le cerveau mélomane de Baudelaire : musique et neuropsychologie*, O. Jacob, 2009
- MIEUSSET R. *La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?*
- PELLERIN D. *Témoignages avant l'oubli. Tome 1, Forts de sable*, éd. La Bruyère, 2009
- VINCENT J.-D. *Elisée Reclus : géographe, anarchiste, écologiste*, Robert Laffont, 2010.

Hommage



Maurice Goulon (1919-2008)

Elu membre de notre Compagnie en 1989, Maurice Goulon, neurologue de formation, fut, en 1954, l'organisateur, avec Pierre Mollaret, à l'hôpital Claude Bernard, du Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite, du tétanos et des comas toxiques qui présida à la naissance de la Réanimation médicale polyvalente. Il fut amené à définir dans ce cadre le concept de Coma dépassé dont les applications au domaine des transplantations d'organe ont assuré l'adoption internationale. Chef du service de Réanimation de l'hôpital Raymond Poincaré, Président de la Société de Réanimation de Langue française, Doyen de la Faculté de Médecine Paris-Ouest, J.-M. Mantz a prononcé le 17 novembre 2009 l'éloge de ce chef d'école dont les multiples élèves, en France et dans le monde, ont retenu la primauté d'une médecine clinique et résolument humaine, même dans ses dimensions les plus techniques. **J.-M. M**

Un espoir pour l'asthme sévère

Trois millions de Français souffrent d'asthme. La maladie a beaucoup progressé en 40 ans dans les pays industrialisés, avec un plateau depuis trois ans chez l'adulte, alors qu'elle continue à croître chez l'enfant. Dans les pays émergents qui adoptent le mode de vie occidental, sa croissance est fulgurante. Les raisons en sont multiples. Pour développer un asthme, il faut une prédisposition génétique et des facteurs environnementaux. La pollution de l'air joue un rôle, mais aussi l'environnement intérieur car nous passons 90% de notre temps dans des locaux peu aérés, riches en allergènes divers.

Notre alimentation aussi s'est modifiée. Nous consommons moins de produits frais, donc moins d'antioxydants protecteurs, et plus d'aliments industriels contenant de nombreux allergènes : huiles d'arachide, colorants, conservateurs... Enfin, la réduction des infections de la petite enfance due à une meilleure hygiène oriente plutôt le développement du système immunitaire vers un profil allergique. En France, une meilleure prise en charge a réduit les décès par asthme de 2 000 à moins de 1 500 par an, mais le nombre de cas sévères semble augmenter.

Asthme et asthme...

Les bronches des asthmatiques sont le siège d'un remodelage tissulaire, en partie secondaire aux phénomènes inflammatoires chroniques, affectant les différentes cellules de structure des voies aériennes, conduisant à un épaississement de la paroi bronchique avec, chez certains patients, une obstruction bronchique en partie fixée.

Les symptômes de l'asthme sont contrôlés dans la plupart des cas par un traitement, qui comporte essentiellement une association de bronchodilatateurs et de corticoïdes administrés par voie inhalée ou intraveineuse selon la sévérité de la maladie.

Cependant, si une grande majorité des asthmatiques est contrôlée par ces traitements, ceux-ci, et notamment les corticoïdes inhalés utilisés comme traitement de fond, ne modifient pas l'histoire naturelle de la maladie et n'ont que peu d'effet sur le remodelage des voies aériennes. De plus, environ 10% des patients présentent une forme sévère de la maladie, souvent appelée également « réfractaire » ou « difficile »

en raison des difficultés de traitement, des exacerbations fréquentes et graves, malgré un traitement maximal bien conduit. Ces asthmes sévères s'associent souvent à un trouble ventilatoire obstructif permanent (TVO). Ce dernier est lié d'une part à des anomalies de la réponse contractile du muscle bronchique, d'autre part à des remaniements de la paroi bronchique regroupés sous le terme « remodelage bronchique ».

Ces remaniements impliquent tous les composants de la paroi. Ils incluent un épaississement de la membrane basale par des dépôts de collagène, des dépôts matriciels sous muqueux, une hypertrophie-prolifération cellulaire du muscle lisse bronchique, une hypertrophie des glandes muqueuses, éléments qui concourent tous à la diminution du calibre bronchique. Un objectif majeur de la recherche actuelle dans l'asthme est d'en élucider les mécanismes cellulaires et moléculaires afin de développer de nouveaux traitements efficaces dans les asthmes sévères difficiles à contrôler et actifs sur l'histoire naturelle de la maladie.

Inflammation chronique

Les bronches des patients ayant un asthme sévère présentent des lésions épithéliales chroniques, associant des éléments de destruction et de réparation, une infiltration par des cellules inflammatoires et un nombre accru de cellules glandulaires.

L'épithélium est baigné en permanence par les médiateurs inflammatoires sécrétés par les polynucléaires éosinophiles (variété de globules blancs (PNE)). La présence de PNE dans les voies aériennes est un des éléments les plus caractéristiques de l'asthme. Ils participent au maintien et à la progression de la maladie en augmentant l'inflammation, via leur production de cytokines et en favorisant le remodelage bronchique. L'utilisation d'un anticorps monoclonal anti-IL5 chez un sous-groupe de patients asthmatiques sévères avec présence persistante de PNE malgré les corticoïdes, a montré son efficacité en diminuant le nombre d'exacerbations sévères. Des molécules inhibant les protéines chargées positivement pourraient également être intéressantes en diminuant les lésions épithéliales et le remodelage bronchique.

Épithélium et remodelage

L'asthme apparaît de plus en plus comme une maladie de l'épithélium, le revêtement des bronches. L'épithélium bronchique des asthmatiques présente une susceptibilité accrue à l'agression. Dans certains asthmes sévères, l'épithélium a un fonctionnement anormal, parfois dès la petite enfance, qui provoque un remodelage progressif des bronches qui se fibrosent, et une hypertrophie des muscles lisses bronchiques, eux aussi anormaux. Ce remodelage qu'on ne sait pas faire régresser, est à l'origine de l'obstruction bronchique. Les 20% d'asthmes sévères représentent 80% du coût de l'asthme. Mieux le comprendre pour trouver des cibles thérapeutiques est un enjeu majeur.

Des pistes prometteuses

Récemment, il a été démontré que l'endothéline-1 (ET-1), un facteur profibrosant et proliférant du muscle, était surexprimée dans l'épithélium bronchique des patients ayant un asthme sévère avec troubles ventilatoires obstructifs (TVO) fixés, comparativement aux asthmatiques moins sévères, et que ceci était corrélé à l'hypertrophie du muscle lisse bronchique et à l'importance de l'obstruction bronchique. L'inhibition de la voie de l'ET-1 pourrait donc être une voie thérapeutique dans le remodelage bronchique des asthmes sévères. (BANM, 03 2010)

Michel Aubier

Nouvelles cibles thérapeutiques dans l'asthme sévère : séance du 16 mars 2010

Recommandations

- Nouveau communiqué sur la grippe A (H1N1)v par Pierre Bégué (9 février 2010)
<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=27&idLigne=1778>
- Le cannabis, médicament ou drogue ? par Jean Constantin (23 fév 2010)
<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=27&idLigne=1792>
- L'automesure tensionnelle par Jean-Noël Fiessinger (9 mars 2010)
<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=27&idLigne=1815>
- L'éducation pour la santé à l'école élémentaire, une nécessité par Maurice Tubiana (30 mars 2010)
<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=1821>

En marge des lois de bioéthique

Avoir un enfant après un cancer

Le pronostic des patientes atteintes de cancer s'est considérablement amélioré. De plus en plus précoce, le diagnostic permet de proposer une chirurgie d'exérèse moins agressive tout en respectant la rigueur oncologique. Le développement des protocoles de chimiothérapie et l'amélioration technique de la radiothérapie ont amélioré la prise en charge thérapeutique, mais entraînent une diminution de la fertilité chez les patientes jeunes.

Une évaluation complexe

L'irradiation externe et la curiethérapie utéro-vaginale ont un effet délétère potentiel tant sur l'ovaire que sur l'utérus. La dose d'irradiation létale pour les fonctions endocrines de l'ovaire dépend de l'âge des patientes, de la dose reçue et d'une association à la chimiothérapie ou la radiothérapie. Il existe une technique de « protection » visant à diminuer l'incidence des lésions ovariennes radio-induites : la transposition ovarienne. Cette technique simple consiste à éloigner les ovaires des sources d'irradiation par coelioscopie de préférence. Les effets de l'irradiation sur l'utérus sont peu documentés. Il est vraisemblable que l'irradiation est responsable de modifications de la structure et de la vascularisation utérine. La chimiothérapie n'a pas d'effet délétère sur l'utérus mais son impact sur l'ovaire est important. Certaines substances ne font qu'inhiber la croissance folliculaire, d'autres plus toxiques induisent des lésions létales des follicules primordiaux ou des lésions de l'épithélium germinatif.

Préserver la fertilité

Les femmes qui ont bénéficié avec succès d'une prise en charge d'un cancer du sein ou pelvien veulent bénéficier d'une prise en charge de leur désir d'enfant. La loi de bioéthique du 6 août 2004 indique que « en vue de la réalisation ultérieure d'une Assistance médicale à la Procréation, toute personne peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de tissu germinatif (...) lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'altérer sa fertilité ». Chez l'homme, la congélation des spermatozoïdes avant traitement stérilisant est admise et son efficacité démontrée. Chez la

femme, le problème est plus complexe, les ovocytes étant d'accès plus difficiles et résistant mal à la congélation-décongélation. Parmi les moyens actuellement disponibles seules sont validées la conservation embryonnaire, la conservation d'ovocytes matures ou de cortex ovarien.

Trésor de la bibliothèque



Jacques-Fabien Gautier Dagoty.
Anatomie des parties de la
génération de l'homme et
de la femme..., 1773

« Les femmes qui ont bénéficié avec succès d'une prise en charge d'un cancer du sein ou pelvien veulent bénéficier d'une prise en charge de leur désir d'enfant »

La congélation embryonnaire est la solution la plus sûre. Le taux d'accouchement par transfert d'embryon décongelé est de 12,8%. La fécondation in vitro (FIV) en urgence est une alternative proposée avant traitement dans certains cancers de l'ovaire ou du sein. Les taux de grossesse rapportés après congélation d'ovocytes matures sont trop faibles pour que cette technique puisse être proposée en routine. Une nouvelle technique, la vitrification, consiste à exposer pour de courtes durées les ovocytes ou les embryons à des concentrations élevées en cryoprotecteurs puis à les refroidir très

rapidement. Les taux de naissances rapportés sont de 30% par transfert contre 10% en congélation lente classique. Malheureusement, cette technique n'est pas autorisée en France. Dernière alternative : la cryoconservation ovarienne. La stratégie vise à conserver les follicules primordiaux au sein du cortex ovarien. Elle a l'avantage de ne nécessiter ni stimulation de l'ovulation, ni conjoint. Elle est réservée aux femmes jeunes, nécessite une coelioscopie et il faut ensuite faire murer ces ovocytes, recueillis immatures, soit *in vivo* – c'est l'autogreffe de cortex ovarien –, soit *in vitro* par culture de follicules ovariens, mais elle n'est actuellement efficace que chez les rongeurs. Le tissu ovarien peut être replacé soit en position pelvienne, soit greffé à distance. Après ablation de l'utérus à l'âge adulte (cancer de l'endomètre ou du col), si les ovaires ont été conservés, on peut réaliser dans les pays où elle est possible le recours à la gestation pour autrui (GPA) qui trouverait dans cette indication une des raisons de lever l'interdiction absolue française.

Le pronostic du cancer n'est pas modifié par la grossesse

Le praticien se doit de délivrer une information aussi claire que possible sur les risques connus de récurrence et leur pronostic. Le suivi de la grossesse ne pose pas de problème particulier. Il n'y a aucune indication à la réalisation systématique d'un caryotype fœtal ou d'autres examens génétiques au cours de la grossesse. En cas de cancer du sein liés à une mutation génétique familiale identifiée, la réalisation d'un diagnostic préimplantatoire (DPI) est discutée avec les couples mais les difficultés d'accès et les délais importants nécessaires à la réalisation pratique du DPI restent des obstacles majeurs en France. En cas de grossesse après conisation, le risque d'accouchement prématuré est plus important et lié à la hauteur de la résection du col. La grossesse après colpo-hystérectomie élargie avec conservation ovarienne pose la question de la gestation pour autrui (GPA). En l'absence de contre-indication vraie, le stérilet au cuivre doit être la méthode contraceptive de référence chez les patientes atteintes de cancer mammaire.

Bernard Blanc

Élections

Membres titulaires

1^{ère} division

Denise-Anne MONERET-VAUTRIN (Nancy)

2^{ème} division

Dominique POITOUT (Marseille)

Membres correspondants

1^{ère} division

Francis BRUNELLE

Bernard GROSBOIS (Rennes)

2^{ème} division

Yves VILLE

Jacques BELGHITI

3^{ème} division

Section sciences biologiques

Patrice DEBRÉ

Section sciences pharmaceutiques

Patrick COUVREUR

Monique CAPRON (Lille)

4^{ème} division

Section hygiène et épidémiologie

Alfred SPIRA

Patrick CHOUTET (Tours)

Membres correspondants étrangers

1^{ère} division

Najia HAJJAJ-HASSOUNI (Rabat)

3^{ème} division

Section des sciences biologiques

Umberto DE GIROLAMI (Boston)

Nécrologie

Charles-Albert BAUD (Lyon)

Gabriel FAIVRE (Nancy)

Jean-Baptiste PAOLAGGI (Paris)

Hassouna BEN AYED (Tunis)

Ihsan DOĞRAMACI (Ankara)

Baron Albert de SCOVILLE (Liège)

Jacques EUZÉBY (Lyon)

Légion d'honneur

Aline MARCELLI est promue au grade de commandeur

Jean-Pierre CAZENAVE, Bernard LAUNOIS, Alain PRIVAT et Nadir SAOUDI sont promus au grade de chevalier.

L'Académie aux Entretiens de Bichat

Vendredi 1^{er} octobre 2010, Palais des Congrès Paris

L'Académie à Tunis

Séance du 21 octobre 2010

- cancers cutanés
- lechmanioses

Eclairage *Le virus du SIDA au service de la santé*

Débutant dans l'enfance, d'évolution fatale dans l'adolescence, l'adrénoleucodystrophie, maladie génétique liée à l'X, engendre une démyélinisation progressive du système nerveux central en raison du défaut d'une protéine localisée dans la paroi des peroxysomes. La greffe de cellules souches hématopoïétiques, en substituant la microglie du donneur à celle du patient, était le seul traitement d'une relative efficacité. La pénurie de donneurs et les risques propres

à la pratique des greffes allogéniques en limitent les indications. L'utilisation d'un lentivirus dérivé du VIH rend possible l'introduction dans les cellules hématopoïétiques du patient d'une version normale du gène défaillant. Nathalie Cartier (*BANM*, 28, 01 2010) a montré que 14 à 18 mois après la greffe, la démyélinisation a été stoppée, l'évolution étant comparable à ce qu'on peut attendre d'une greffe allogénique réussie.

J. C.

Hommage



Jean Dausset (1916-2009)

Il faudrait d'abord dire le courage et le dévouement exemplaires du jeune médecin réanimateur au sein des Forces Françaises Libres de 1942 à la Libération ; révéler sa passion méconnue pour les livres et l'art moderne ; retrouver derrière la statue du Prix Nobel le médecin, le chercheur, l'homme avec ses équipes, la petite et la grande histoire des groupes HLA, le souvenir d'une personnalité exceptionnelle. J'ai eu la chance d'entrer dans son laboratoire en 1962 pour y étudier les maladies auto-immunes et leurs relations avec ce système. Il faut rappeler, qu'en 1944, signe précurseur du destin, il avait été affecté dans le service d'A. Tzanck, fondateur du Centre national de transfusion sanguine. Avec M. Bessis et J.-P. Soulier, il met en œuvre une nouvelle technique, l'exsanguino-transfusion et l'applique aux insuffisances rénales avec M. Legrain et aux leucémies de l'enfant avec J. Bernard. De cette époque datent ses premiers contacts avec les donneurs de sang volontaires qui l'enthousiasment toujours pour leur générosité. On le retrouve, en 1952, dans le laboratoire de F. Widal à Saint-Antoine, chercheur dans un domaine inexploité jusqu'alors : les fameux groupes tissulaires. Travailleur acharné, il a déjà découvert le premier groupe leucocytaire, Mac, futur HLA-A2. Mais c'est à l'hôpital Saint-Louis, avec F. Rappaport, un chirurgien spécialisé dans les greffes de peau, qu'il valide enfin sa découverte des groupes HLA. Ainsi, Jean Dausset rayonne au cœur de la nouvelle médecine française avec son équipe composée, notamment, de M. Sasportes, C. Mawas, A. Bernard, A. Nunez Roldan, A. Bensussan, E. Carosella et F. Kourilsky, pour la région HLA-D. pour le décryptage complet du système, avec la collaboration de J. Colombani, J. Hors et C. Raffoux. Au niveau international, grâce à ses *Workshops* il anime la compétition scientifique. Jean Dausset, en 1984, crée France-Transplant, France-greffe de moëlle puis le Centre d'Etudes du polymorphisme humain (CEPH) où fut envisagé, pour la première fois, le concept de médecine prédictive. Il reçut le Prix Nobel en 1980, le Prix Landsteiner, ceux des Fondations Koch et Wolf, expression de la reconnaissance internationale de son œuvre. Plusieurs hommages lui ont été rendus.

Aline Marcelli

Cliché Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine

8^e journée du livre de l'Académie de médecine

L'œuvre ultime et la médecine, samedi 17 septembre 2010 de 9 h 30 à 17 h 30

Quel rôle a pu jouer la maladie, quelle fut la part de l'entourage médical et artistique, le poids des nouvelles conditions de travail, la prise en compte de l'échéance finale dans l'évolution créative de ces onze exemples choisis dans les arts plastiques, la littérature et la musique ?

9 h 30-12 h 15. A l'écoute de Gaëtan Picon, à propos de Poussin, avec la *Priéta* de Titien, en 1576, et *Le chant du cygne* de Philippe Beaussant ; avec les trois *Œuvres ultimes* de Rubens,

Avec Patrick Dandrey et la mort de Molière, à la quatrième représentation du *Malade imaginaire* ; avec Yan Pei-Ming, pour la célébration de *La Joconde*, au musée du Louvre.

14 h 30-17 h 30. A l'écoute de Jean-Louis Prat et Gustave Moreau, *Solitude Bartok*, avec Lydia Delectorskaya, auprès de Matisse, avec Hans Hartung, retrouvé par Odile Burluraux la mémoire de Willem de Kooning ; avec Bernard Buffet, préparant son *Œuvre Ultime*.

Avec la participation de : Philippe Beaussant, Paul Léophonte, Patrick Dandrey, Marie-Laure Bernadac, Yan Pei-Ming, Jean-Louis Michaux, Bernard Lechevalier, Odile Burluraux, Joël Ankri, Yves Pouliquen et Jacques-Louis Binet

Références : *Bulletin de l'Académie de Médecine*, www.academie-medecine.fr

www.academie-medecine.fr • 16, rue Bonaparte - 75272 Paris Cedex 06 - Tél. : 01 42 34 57 70 - Fax : 01 40 46 87 55