

Lus pour vous! Für Sie gelesen!

«A child dies of an HIV-related disease every minute»

The Lancet 2006; 368, entièrement dédié au thème du VIH/SIDA, donne la température des problèmes et défis actuels, médicaux, épidémiologiques, politiques, soulevés par cette pandémie. Parmi le grand nombre de publications ont peut relever les suivantes:

- *V Simon et al. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment: 489–504* donnent un survol très complet du sujet (avec une liste de 208 références).
- *CF Hilks et al. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings: 505–510* décrivent un protocole simplifié et la mise en place de services décentralisés permettant d'atteindre un plus grand nombre de malades, le modèle des pays industrialisés, basé sur des centres spécialisés, n'étant pas applicable dans les pays aux revenus limités.
- La transmission mère-enfant est la principale source d'infection pédiatrique. Sa progression rapide partout au monde demande en urgence de nouvelles stratégies de prévention. Les auteurs analysent les défis scientifiques et logistiques inhérents au développement de vaccins (*K Luzuriaga et al. Vaccines to prevent transmission of HIV-1 via breastmilk: scientific and logistical priorities: 511–521*).
- Si la circoncision permet de réduire de 60% le risque d'infection par le VIH¹, devrait-on inclure cette mesure dans les programmes de prévention? et devrait-elle faire partie des critères d'évaluation lors d'études cliniques? (*RK Lie et al. Circumcision and HIV prevention research: 522–525*).
- Les éditoriaux (entre autres *The devastating effects of HIV/Aids on children: 424*), commentaires, correspondances, view-points etc évoquent les implications thérapeutiques, épidémiologiques, psychosociales et politiques liés au VIH/SIDA. Une étude multicentrique européenne révèle que seulement 20% des enfants sont informés de l'infection VIH de leurs parents et seulement un

tiers des enfants contaminés par le VIH sont informés sur la nature de leur maladie. La raison invoquée par les parents est le souhait de protéger leurs enfants^{2,3} (*Correspondence, C Nöstlinger, R. Colebunders Informing children on their HIV status: 447*).

Références

- 1) Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Med* 2005; 2: 298.
- 2) Nöstlinger C et al. Children and adolescents living with HIV positive parents: emotional and behavioural problems. *Vulnerable Child Youth Stud* 2006; 1: 1–15.
- 3) Nöstlinger C et al. Families affected by HIV: parent's and children's characteristics and disclosure to the children. *AIDS Care* 2004; 16: 641–48.

Identification of a new *Neisseria meningitidis* serogroup C clone from Anhui province, China.

Shao Z, Li W, Ren J, Liang X et al. *Lancet* 2006; 367(9508): 419–23.

Background: Outbreaks of a new serogroup C meningococcal disease emerged during 2003–04 (five outbreaks with 43 cases) and in 2004–05 (five outbreaks with 29 cases), all in Anhui province, China. We describe the molecular epidemiology and features of the causative bacterial strains.

Methods: We used pulsed-field gel electrophoresis (PFGE) and multi-locus sequence typing (MLST) to analyse the strains.

Findings: Of 34 strains of *Neisseria meningitidis* cultured during 2003–04 from Anhui province, 31 were group C meningococci, 28 of which were associated with three of five outbreaks; one from a patient and 27 from close contacts of eight patients. Of 30 strains isolated from Anhui province during 2004–05, 17 were identified as serogroup C meningococci, ten of which were associated with four of five outbreaks. In a nationwide survey, 542 strains were isolated during 2004–05; 58 were serogroup C meningococci interspersed among 11 other provinces where no serogroup C outbreak occurred. Of the 106 serogroup C strains analysed, 89 had identical PFGE patterns, designated AH1. Of 28 strains selected for MLST analyses, 25 were sequence type

4821 (ST-4821), which did not belong to any of the previously reported sequence types that can form a new hypervirulent lineage.

Interpretation: ST-4821 seems to be unique and caused the serogroup C meningitis outbreaks during the two seasons from 2003 to 2005 in Anhui province. The emergence of this sequence type has epidemiological importance that should be monitored for future spread in China and the rest of the world.

Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents.

Thompson MJ, Ninis N, Perera R, et al. *Lancet* 2006; 367(9508): 397–403.

Background: Meningococcal disease is a rapidly progressive childhood infection of global importance. To our knowledge, no systematic quantitative research exists into the occurrence of symptoms before admission to hospital.

Methods: Data were obtained from questionnaires answered by parents and from primary-care records for the course of illness before admission to hospital in 448 children (103 fatal, 345 non-fatal), aged 16 years or younger, with meningococcal disease. In 373 cases, diagnosis was confirmed with microbiological techniques. The rest of the children were included because they had a purpuric rash, and either meningitis or evidence of septicaemic shock. Results were standardised to UK case-fatality rates.

Findings: The time-window for clinical diagnosis was narrow. Most children had only non-specific symptoms in the first 4–6 h, but were close to death by 24 h. Only 165 (51%) children were sent to hospital after the first consultation. The classic features of haemorrhagic rash, meningism, and impaired consciousness developed late (median onset 13–22 h). By contrast, 72% of children had early symptoms of sepsis (leg pains, cold hands and feet, abnormal skin colour) that first developed at a median time of 8 h, much earlier than the median time to hospital admission of 19 h.

Interpretation: Classic clinical features of meningococcal disease appear late in the

illness. Recognising early symptoms of sepsis could increase the proportion of children identified by primary-care clinicians and shorten the time to hospital admission. The framework within which meningococcal disease is diagnosed should be changed to emphasise identification of these early symptoms by parents and clinicians.

Commentaire

Le vaccin contre le méningocoque du groupe C est officiellement introduit de façon généralisée et est maintenant aussi remboursé par les assurances maladie.

Le risque de voir encore apparaître cette infection ne va pas pour autant disparaître demain.

Pour nous le rappeler, cette communication provenant de Chine où a été découvert un nouveau sérotype de méningocoque du groupe C, à l'origine de plusieurs épidémies dans la même région d'Anhui et concernant environ 70 cas.

M J Thompson et al. ont examiné les signes précoces d'une infection invasive à méningocoques (pour la moitié environ groupe B, une autre moitié groupe C, quelques cas appartenant au groupe W135 et Y). Les symptômes «classiques», rash hémorragique, méningisme, troubles de la conscience sont relativement tardifs, le temps médian d'apparition étant de 13 à 22 heures, alors que d'autres signes, douleur des jambes, extrémités froides, coloration anormale de la peau et, chez les enfants plus âgés, la soif sont plus précoces et peuvent être constatés déjà après 7 à 12 heures. Pour la plupart, ces signes étaient présents avant la première consultation chez un médecin.

Quelle est la valeur prédictive négative et positive de ces signes qui sont aussi ceux de toute maladie grippale? Une bonne information des parents et un contrôle dans les 6 à 8 heures est utile si la possibilité d'une infection à méningocoques ne peut être exclue.

À l'autre bout du temps, le diagnostic de méningite devient improbable 24 heures après l'apparition des premiers symptômes.

Kommentar

Die Meningokokken C-Impfung ist allgemein und offiziell eingeführt und wird nun auch durch die Krankenkassen vergütet.

Das Risiko, dieser Krankheit zu begegnen, wird jedoch nicht von heute auf morgen verschwinden und diese Publikation aus

China soll uns daran erinnern: ein neuer Meningokokken C-Serotyp verursachte in der Region Anhui mehrere Epidemien mit insgesamt 70 Erkrankten.

MJ Thompson et al. haben die Frühzeichen einer invasiven Meningokokkeninfektion (etwa zur Hälfte der Gruppe B, eine Hälfte der Gruppe C, einige Fälle den Serotypen W135 und Y zugehörig) untersucht. Die «klassischen» Symptome, Hautblutungen, Meningismus, Bewusstseinsstörung, treten relativ spät auf, im Mittel nach 13–22 Stunden, während andere Zeichen, Beinschmerzen, kalte Extremitäten, abnorme Hautfarbe und, bei älteren Kindern, Durstgefühl, frühzeitiger und schon nach 7–12 Stunden festgestellt werden können. In den meisten Fällen waren diese Zeichen schon vor dem ersten Arztbesuch vorhanden.

Welches ist der negative und positive prädiktive Aussagewert dieser Symptome, mit welchen auch jeder grippale Infekt beginnen kann? Eine sorgfältige Information der Eltern und eine Kontrolle nach 6–8 Stunden scheint jedenfalls sinnvoll, wenn die Möglichkeit eines Meningokokkeninfektes nicht ausgeschlossen werden kann. Andererseits wird diese Diagnose nach 24 Stunden Krankheitsverlauf sehr unwahrscheinlich.

R. Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds