

Le RéJIF a lu pour vous
(par toute l'équipe de BREST)

- **ARTICLE 1** résumé par Jérémy PICARD

2 days versus 5 days of postoperative antibiotics for complex appendicitis: a pragmatic, open-label, multicentre, non-inferiority randomised trial

Elisabeth M L de Wijkerslooth et al., *The Lancet*, Janvier 2022

- **ARTICLE 2** résumé par Xavier GIRODROUX

A 24-Week, all-Oral regimen for rifampicin-resistant tuberculosis

Bern-Thomas Nyang'wa et al., *NEJM*, Décembre 2022

- **ARTICLE 3** résumé par Gwendal MERCIER

Effect of colonisation with *Neisseria lactamica* on cross-reactive anti-meningococcal B-cell responses: a randomised, controlled, human infection trial

Adam P Dale et al., *Lancet Microbe*, Décembre 2022

- **ARTICLE 4** résumé par Athéna DE QUELEN

Diagnostic capacity for invasive fungal infections in advanced HIV disease in Africa: a continent-wide survey

Sulaiman Lakoh et al., *The Lancet Infectious Diseases*, Décembre 2022

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

Sans oublier d'autres conseils de lecture en
dernière page

2 days versus 5 days of postoperative antibiotics for complex appendicitis: a pragmatic, open-label, multicentre, non-inferiority randomised trial

Elisabeth M L de Wijkerslooth, Evert-Jan G Boerma, Charles C van Rossem, Joost van Rosmalen, Coen I M Baeten, Frédérique H Beverdam, Johanna W A M Bosmans, Esther C J Consten, Jan Willem T Dekker, Marloes Emous, Anna A W van Geloven, Anton F Gijzen, Luc A Heijnen, An P Jairam, Damian C Melles, Augustinus P T van der Ploeg, Pascal Steenvoorde, Boudewijn R Toorenvliet, Maarten Vermaas, Bas Wiering, Bas P L Wijnhoven*, Anne Loes van den Boom* for the APPIC Study Group†



www.thelancet.com Published online January 17, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02588-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02588-0)

CONTEXTE : Les appendicectomies pour appendicites représentent la chirurgie non programmée la plus fréquente chez les enfants et les adultes. Dans 30% des cas, celles-ci sont dites compliquées : appendicite nécrotique, perforée, abcédée ou avec péritonite purulente. Après chirurgie, l'antibiothérapie a pour but de diminuer les complications infectieuses. Les pratiques sont variables mais consistent le plus souvent en 3-5 jours d'antibiothérapie IV suivie par une antibiothérapie orale à la sortie, de durée non consensuelle.

OBJECTIF : Montrer la non-infériorité d'un traitement antibiotique IV de 2 jours par rapport à un traitement de 5 jours, en termes de complications infectieuses et de mortalité à 90 jours.

METHODES : Essai clinique pragmatique, en ouvert, contrôlé et randomisé, de non infériorité, multicentrique (15 établissements hospitaliers dont un CHU aux Pays-Bas).

- Randomisation, stratifiée par centre, dans les 24h post-appendicectomie d'une appendicite compliquée : 2 jours d'antibiothérapie IV ou 5 jours d'antibiothérapie IV, débutée dans les 8h post intervention :
 - o Céfuroxime (1,5g x 3/j) ou Ceftriaxone (2g/j) + métronidazole (500mg x 3/j) +/- 1 dose de gentamicine
 - o Dose-poids en pédiatrie, pas de relai PO autorisé.
 - o Co-interventions autorisées (analysées en ITT et PP) :
 - Changement d'antibiothérapie et/ou de durée, suite à la mise en culture des prélèvements
 - Arrêt prématuré dû à des effets secondaires ou échecs répétés de l'administration IV
 - Reprise, extension de la durée, et/ou changement de molécule due à une complication infectieuse post-opératoire
- **Critères d'inclusion** : patients ≥ 8 ans, ASA I à III, avec appendicite compliquée confirmée en per-opératoire
- **Critères d'exclusion** : grossesse, immunodépression, contre-indication à l'antibiothérapie et chirurgie non optimale.
- **Critère de jugement principal composite** : complications infectieuses (abcès intra-abdominaux et infections du site opératoire (ISO)) et/ou de mortalité dans les 90 jours.
- **Critères secondaires** : durée d'antibiothérapie, taux d'abcès post-opératoire, taux d'ISO, toute complication post-opératoire, effet indésirable des antibiotiques, reprise d'antibiothérapie, réadmission, réinterventions, durée de séjour.
- **Analyse statistique** : marge de non-infériorité à 7,5% pour le calcul d'une différence absolue de risque du CJP, ajustée sur l'âge et la présence initiale d'un abcès (signe de gravité).

RESULTATS : Entre avril 2017 et juin 2021, 1066 patients ont été inclus et randomisés parmi 13267 screenés, 1005 analysés en intention de traiter (ITT), 898 en per-protocole (PP).

- En ITT : réalisation du CJP chez 51/502 patients du groupe 2 jours (10%), vs. 41/503 patients (8%) du groupe 5 jours, soit une **augmentation de risque absolu de 2,0% [IC95 -1,6 ; -5,6], ne croisant pas la borne de non infériorité.**
- En PP, résultats similaires : réalisation du CJP chez 45/434 patients du groupe 2 jours (10%), vs. 39/464 patients (8%) du groupe 5 jours.

RESULTATS (suite) :

- **Pas de différence significative sur l'observance au traitement (86% pour 2j, vs 92% pour 5j), ni sur l'apparition d'abcès, d'ISO ou de réinterventions.**
- **Significativement plus de réadmissions dans le groupe 2j** (12% vs. 6%, taille d'effet 2,135 [IC95 1,342 ; 3,396]) et de passage aux urgences (15% vs 8%, taille d'effet 2,118 [IC95 1,409 ; 3,185]).
- **Durée totale d'hospitalisation (initiale + réadmission éventuelle) significativement plus faible dans le groupe 2 jours** (3,0 vs 5,0 jours, taille d'effet -2,0j [IC95 -2,0 ; -2,0]).
- Différence significative de fréquence d'EI dus aux antibiotiques dans le groupe 5j (22% vs. 9%).
- **Absence de démonstration de non infériorité pour CJP lors de l'analyse en sous-groupe des patients ayant été opéré par laparotomie d'emblée ou après conversion** : 6/22 patients vs. 1/28 soit OR=10,825 [CI95 1,2 ; 95,2] (p=0,032) en défaveur du traitement court.

DISCUSSION :

Forces :

- Essai pragmatique, liberté dans les modalités de prise en charge en dehors de la durée d'antibiothérapie
- Validité externe : cohérence avec une étude publiée depuis le début des inclusions :
 - Essai STOPIT ne montrant pas de différence de complications infectieuses et mortalité pour les patients ayant une infection abdominale opérée (toutes infections confondues) puis traités par 4 ou 8 jours d'antibiothérapie.

Limites :

- Borne de non infériorité large (différence absolue de risque de 7.5%)
- Biais de sélection possible (différence screening/inclusion importante)
- En ouvert, mais permet de démontrer un avantage en terme de durée d'hospitalisation
- Étude médico-économique en cours

CONCLUSION : Une antibiothérapie IV d'une durée de 2 jours après appendicectomie d'une appendicite compliquée par coelioscopie semble non inférieure à une antibiothérapie de 5 jours, sur un critère composite de complications infectieuses et mortalité à J90.

- Non généralisable aux appendicectomies par laparotomie
- Excès de réhospitalisations et de passage aux urgences parmi le groupe 2j, sans perdre l'avantage de la diminution de la durée globale d'hospitalisation
- Absence de données parmi les patients ASA >III, femmes enceintes et immunodéprimés, et peu d'enfants participant.

A 24-Week, All-Oral Regimen for Rifampin-Resistant Tuberculosis

Bern-Thomas Nyang'wa, M.B., B.S., Catherine Berry, B.Med.,
 Emil Kazounis, M.Med.Sci., Ilaria Motta, Ph.D., Nargiza Parpieva, Sc.D.,
 Zinaida Tigay, M.D., Varvara Solodovnikova, M.D., Irina Liverko, Sc.D.,
 Ronelle Moodliar, M.B., B.S., Matthew Dodd, M.Sc.,
 Nosipho Ngubane, M.B., B.Ch., Mohammed Rassool, M.B., B.Ch.,
 Timothy D. McHugh, Ph.D., Melvin Spigelman, M.D., David A.J. Moore, M.D.,
 Koert Ritmeijer, Ph.D., Philipp du Cros, M.B., B.S., and Katherine Fielding, Ph.D.,
 for the TB-PRACTECAL Study Collaborators*

CONTEXTE : En 2019, approximativement 465 000 patients étaient atteints de tuberculoses résistantes à la rifampicine dans le monde. Le traitement actuel est long (9-20 mois) et nécessite 20 comprimés par jour. Le coût, les effets secondaires et l'impact social sont importants et peuvent influencer la réussite du traitement. Des traitements oraux plus effectifs, plus courts et avec moins d'effets secondaires sont nécessaires.

OBJECTIF : Comparaison de l'efficacité et de la tolérance entre le traitement standard actuel de la tuberculose pulmonaire résistante à la rifampicine et un traitement constitué de bédaquiline, prêtomanide, linézolide et moxifloxacine.

MÉTHODES : étude de non-infériorité randomisée, contrôlée, ouverte, multicentrique.

- **Critères d'inclusion** : âge \geq 15 ans, inclus en Biélorussie, Afrique du sud et Ouzbékistan (sur 7 sites en tout), tuberculose pulmonaire résistante à la rifampicine (diagnostic sur crachats).
- **Critères d'exclusion** : grossesse, cytolyse $>$ 3N, QTc selon la formule de Fridericia (QTcF) $>$ 450 msec, cardiopathie structurale ou résistance présumée à la bédaquiline, au prêtomanide ou au linézolide.
- **Critères non pris en compte** : inclusion indépendante de la résistance aux fluoroquinolones, du statut VIH ou du nombre de CD4.
- **Critère de jugement principal composite** : décès, échec du traitement, arrêt du traitement, perdu de vue, récurrence tuberculose à S72 après la randomisation (marge de non-infériorité de 12%).
- **Critères de jugement secondaire** : négativation de la culture à S12, délai de négativation de la culture, statut défavorable à S24 et S108 après la randomisation, récurrence de la tuberculose à la S48 après la randomisation (uniquement dans les groupes expérimentaux).
- **Critères de jugement secondaire de la tolérance** : au moins un événement indésirable grave ou un événement indésirable de grade 3 ou plus à S72 et S108 après la randomisation et à la fin du traitement et incidence de l'allongement du QTcF à S24.

RÉSULTATS :

- **En ITT modifié** (patients ayant reçu au moins une dose du traitement et ayant une preuve microbiologique de résistance à la rifampicine) = 66 patients dans le groupe standard et 62 patients dans le groupe BPALM

Critère de jugement principal : 48% bras standard contre 11% bras BPALM = non-infériorité obtenue (différence de risque, -37 % ; intervalle de confiance à 96,6 % [IC], -53 à -22).

RÉSULTATS (suite) :

- **En per protocole** (patients de l'analyse en ITT modifié à l'exclusion de ceux n'ayant pas complété le traitement pour toute autre cause qu'un échec du traitement ou qu'un décès et de ceux ayant arrêté le traitement pour non respect des critères d'inclusion ou d'exclusion) = 33 patients dans le groupe standard et 57 patients dans le groupe BPaLM

Critère de jugement principal : 12% bras standard contre 4 % bras BPaLM (différence de risque, -9 points de pourcentage ; IC à 96,6 %, -22 à 4). Non infériorité non obtenue.

- Dans l'analyse en ITT, l'incidence des événements indésirables de grade 3 ou plus ou des événements indésirables graves était plus faible dans le groupe BPaLM que dans le groupe de traitement standard (19 % contre 59 %).

DISCUSSION : Résultats cohérents avec la littérature actuelle sur le sujet (traitement raccourci par bédaquiline, prêtomanide, linézolide).

- Les moindres performances du traitement standard pourraient être en partie expliquées par le plus important pourcentage d'arrêt précoce du traitement dans ce bras. L'arrêt du traitement dans ce groupe était dû aux effets secondaires. Il est possible qu'un biais de performance (absence d'aveugle) ait influencé ce résultat. Un arrêt prématuré de l'inclusion a cependant été décidé devant la perte de chance pour les patients randomisés dans le bras traitement standard.
- Critère du jugement principal possiblement retenu en excès dans certains centres en raison de l'impossibilité de séquencer tout le génome de *M. tuberculosis*, rendant impossible la différenciation entre le diagnostic de récurrence ou de réinfection.
- Le gold standard a évolué au cours de l'étude donc a pu différer en fonction de la période de participation et parmi les différents sites géographiques de l'étude.

CONCLUSION : Cette étude montre que le traitement par bédaquiline , prêtomanide, linézolide et moxifloxacine pendant 24 semaines est non inférieur en efficacité et mieux toléré que le traitement standard.

Effect of colonisation with *Neisseria lactamica* on cross-reactive anti-meningococcal B-cell responses: a randomised, controlled, human infection trial



Adam P Dale, Anastasia A Theodosiou, Diane F Gbesemete, Jonathan M Guy, Eleanor F Jones, Alison R Hill, Muktar M Ibrahim, Hans de Graaf, Muhammad Ahmed, Saul N Faust, Andrew R Gorrige, Marta E Polak, Jay R Laver, Robert C Read



Lancet Microbe, décembre 2022

CONTEXTE : La muqueuse naso-oro-pharyngée est colonisée par de multiples germes commensaux non pathogènes qui procurent une immunité contre des germes occasionnels agressifs (comme *N. meningitidis*). Environ 10% de la population à un portage à *N. meningitidis* et présente donc un risque d'infection invasive à méningocoque. Les taux de colonisations et d'infections à *N. meningitidis* sont inversement proportionnels au taux de colonisation à *N. lactamica* en fonction de l'âge. Le mécanisme immunologique est inconnu mais pourrait devenir une stratégie pour le développement d'immunités croisées et de nouveaux vaccins.

OBJECTIF : Évaluer si la colonisation à *N. lactamica* induit une immunité cellulaire B spécifique croisée avec *N. meningitidis*.

MÉTHODES :

- Essai randomisé (2:1), contrôlé contre placebo, en double aveugle impliquant des patients sains de 18 à 45 ans.
- Critères d'exclusion : colonisation à *N. lactamica* ou *N. meningitidis* sur une culture pharyngée avant la randomisation, antibiotiques administrés dans les 30 derniers jours, colonisation à méningocoque acquise en cours de l'étude.
- Inoculation intranasale des cas par 10^5 UFC de *N. lactamica* dans 1 mL de tampon de PBS ou 1 mL de PBS seul.

ÉTUDE A :

- CJP : augmentation du taux de plasmocytes circulants spécifiques de *N. lactamica* et des LB mémoires après inoculation de *N. lactamica* (dosage à J7 et J28) par rapport au J0.
- CJS : augmentation du taux sérique de plasmocytes circulants spécifiques et LB mémoires de *N. meningitidis*.

ÉTUDE B : mesure de l'effet de la durée de colonisation à *N. lactamica* sur la séroconversion après interruption du portage à J4 ou J14 avec une dose orale unique de Ciprofloxacine (éradication).

RÉSULTATS : Sur les 50 participants éligibles, 31 ont été randomisés (n=20 *N. lactamica*, n=11 PBS).

ÉTUDE A :

- Chez les 17 patients colonisés à *N. lactamica* : le taux de plasmocytes sécréteurs d'IgA et d'IgG spécifiques de *N. lactamica* a significativement augmenté ($p < 0,0001$).
- Le taux de LB mémoires IgG spécifiques anti-*N. lactamica* (% du total des LB mémoires IgG) a augmenté significativement de 0,0024% à 0,0384% à J28 ($p < 0,0001$).
- La fréquence des plasmocytes sécréteurs d'IgA et d'IgG spécifiques de *N. meningitidis* et des LB mémoires a également augmenté de manière significative chez les patients colonisés à *N. lactamica*.

ÉTUDE B :

- Les titres sériques d'IgG anti-*N. lactamica* et anti-*N. meningitidis* ont augmenté uniquement chez les participants colonisés à *N. lactamica* pendant 14 jours.

DISCUSSION/ CONCLUSION : Le portage de *N. lactamica* induit une réponse adaptative humorale croisée ainsi qu'une immunité mémoire contre le méningocoque.

- Cette immunité ne semble être que partielle.
- On pourrait exploiter ce mécanisme microbien pour créer un vecteur vivant génétiquement modifié afin de protéger contre la colonisation et une infection invasive à *N. meningitidis* (Immunobiotique).
- **Limites :**
 - Le calcul de la taille de l'échantillon s'est basé sur le taux d'IgG de *N. lactamica*. Bien que la taille de l'échantillon était suffisante pour investiguer les réponses spécifiques cellulaires B anti-*N. lactamica* et anti-*N. meningitidis*, cela n'a permis qu'une exploration de l'association entre la réponse lymphocytaire et B mémoire avec la densité de colonisation à *N. lactamica*.
 - Pas d'information initiale sur le statut vaccinal des participants contre le méningocoque ni sur l'éventualité d'un portage transitoire dans l'enfance.
 - Facteur confondant : immunité de la muqueuse ?

Diagnostic capacity for invasive fungal infections in advanced HIV disease in Africa: a continent-wide survey

Sulaiman Lakoh*, Pocha Samuel Kamudumuli*, Richard O S Penney, Samson M Haumba, Joseph N Jarvis, Asha Jama Hassan, Ngando Laure E Moudoute, Bright K Ocansey, Santiago Izco, Stephen Kipkerich, Jahit Sacarlal, Abimbola T Awopeju, Nelesh P Govender, Cleophas If Malaba Munyanji, Kamwiziku Guyguy, Emma Orefuwa*, David W Denning*

CONTEXTE : Epidémiologie du VIH en Afrique : 67% de la population mondialement infectée par le VIH, 60% des nouvelles infections. Malgré les progrès en terme de prévention et de contrôle de l'infection, de nombreux pays d'Afrique du Nord, de l'Ouest et centrale sont loin des objectifs de l'UNAIDS, avec un diagnostic fréquent de VIH à un stade avancé. Un peu plus de 30% des patients ont des CD4 < 200/mm³, à risque de développer des infections opportunistes mortelles, notamment fongiques. Il n'y a pas de base de données sur les capacités diagnostiques des infections fongiques invasives chez les patients VIH en Afrique.

OBJECTIF : Identifier les différences de capacité diagnostique des infections fongiques invasives et les barrières à leur mise en place.

MÉTHODES : Données recueillies de 48 sur 49 pays d'Afrique entre le 1^{er} Octobre 2020 et le 31 Octobre 2022, ayant tous plus d'un million d'habitants ; pour le Lesotho, seule une information sur l'antigénémie cryptococcique a été obtenue. 6 étapes :

- 1 – élaboration du questionnaire, avec adaptation et amélioration ultérieures ;
- 2 – questionnaire rempli par les travailleurs dans le domaine de la santé ;
- 3 – retour des questionnaires et analyse des données par l'équipe du GAFFI (Global Action For Fungal Infections) et vidéo-conférences avec ces travailleurs ;
- 4 – Validation externe de sources publiques ou privées ;
- 5 – validation avec les acteurs du secteur de santé de chaque pays ;
- 6 – 5 webinaires régionaux menés par l'Africa CDC.

Données recueillies sur les tests utilisés pour le diagnostic d'infections fongiques invasives.

RÉSULTATS :

• Numération des CD4 :

- 29 pays, soit environ 65% de la population, réalisent une numération des LT CD4 pour presque tous les patients vivant avec le VIH.
- Dans 14 pays, celle-ci est réalisée seulement pour les nouveaux patients ou ceux déjà sous traitement ARV avec une charge virale élevée et/ou hospitalisés.
- Elle n'est pas/rarement réalisée au Cameroun, Burundi, Mozambique, Soudan et Soudan du Sud.

• Cryptococcose :

- 14 pays, représentant 25.5% de la population africaine (surtout en Afrique du Sud et de l'Est), réalisent une antigénémie cryptococcique dans les hôpitaux publics, 9 autres pays y ont parfois accès (27.7%). Environ 44% de la population n'a pas accès à ce test.
- La méningite cryptococcique représente 19% des décès chez les patients au stade SIDA. 73% de la population dans 35 pays peut bénéficier d'une ponction lombaire. Certains pays n'en font pas ou très rarement.
- La coloration à l'encre de Chine est réalisée fréquemment dans 23 pays, représentant 33.5% de la population et parfois dans 13 pays, représentant 47.2% de la population. Environ 19% de la population n'a pas ou peu accès à cette technique.

- **Histoplasmose disséminée** : antigène urinaire surtout disponible dans les hôpitaux privés. 74% de la population Africaine n'a pas accès à ce test.

RÉSULTATS (suite) :

- **Pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* (PCP):** la PCR est utilisée régulièrement dans les hôpitaux publics et privés en Afrique du Sud, et dans les hôpitaux privés au Kenya. 78.5% de la population africaine n'a pas accès à la PCR.

Pourtant, histoplasmosse et PCP sont deux causes majeures de morbidité et mortalité chez les patients VIH au stade SIDA.

- **Cultures fongiques :**
 - 41 pays d'Afrique utilisent cette technique, représentant 94.3% de la population.
 - Plusieurs pays dont la Guinée, la Libye, la Somalie, le Sierra Leone et le Soudan du Sud ont des capacités limitées quant à la réalisation des cultures fongiques.
- **IRM (notamment cérébrale) :** 33.2% de la population y a accès, 27.8% parfois et 24% rarement.

DISCUSSION/ CONCLUSION :

- Importantes disparités entre les pays d'Afrique et entre les établissements publics / privés d'un même pays.
- Difficultés à la mise en place des outils de tests diagnostiques (ex : apprentissage à la réalisation des ponctions lombaires)
- Les freins signalés à la mise en place d'une IRM sont son coût élevé et le manque de radiologues correctement formés.
- Un manque de moyens financiers est également relevé, il faudrait augmenter le budget alloué à la santé de 15%.
- Plusieurs biais dans cette étude : classification et information (nombre restreint de correspondants médicaux) malgré les étapes 5 et 6

- Essai VIZIR, multicentrique, prospectif, randomisé, en double-aveugle, contrôlé, contre placebo comparant la mortalité ou l'admission en USI à J30, la durée d'hospitalisation et la durée des symptômes chez des patients testés positifs au SARS-Cov-2 recevant un traitement (adjoint au standard of care) par zinc 25 mg 2f/j pendant 15 jours ou un placebo. 190 patients ambulatoires et 280 patients hospitalisés (hors USI) ont été inclus entre février et mai 2022. Les patients ayant des symptômes depuis > 7 jours, ceux avec des comorbidités sévères (insuffisance cardiaque, hépatique ou rénale, DFG < 30 ml/min) ou un cancer étaient exclus. La mortalité était de 6,5% (zinc) vs 9,2% (placebo) (OR : 0,68 ; IC 95 % : 0,34-1,35), le taux d'admission en USI de 5,2% vs 11,3% (OR : 0,43 ; IC 95 % : 0,21-0,87). La durée d'hospitalisation était plus courte de 3,5 jours (IC à 95 % : 2,76-4,23) dans le groupe zinc et la durée des symptômes raccourcie de 1,9 jours (IC à 95 % : 0,62-2,6). Des résultats similaires étaient observés en sous-groupes (patients < 65 ans, avec une comorbidité (HTA et diabète surtout), nécessitant une oxygénothérapie initiale). La supplémentation en zinc pourrait être un apport utile de faible coût et avec peu d'effets secondaires.

Twice-daily oral zinc in the treatment of patients with coronavirus disease 2019: a randomized double-blind controlled trial.

Saoussen Ben Abdallah et al., *Clin Infect Dis*, Janvier 2023

- Description de la distribution du monkeypox virus (MPXV) et de son rôle dans la dissémination. Série de cas composée de patients présentant une infection confirmée à MPXV et prélevés à J0 et J14 sur plusieurs sites anatomiques (peau, anus, gorge, sang, urine et sperme). Comparaison de la proportion d'échantillons positifs et des charges virales (en Ct) entre les sites de prélèvement. 356 échantillons prélevés entre mai et juin 2022, chez 50 hommes (âge médian 34 ans, 44% séropositifs pour le VIH). A J0 la détection du MPXV était plus fréquente au niveau de la peau et des muqueuses qu'au niveau du sang et des fluides. Les charges virales étaient plus élevées dans les échantillons cutanés et anaux (Ct 19,8 et 20,9) que pour les autres sites (Ct > 27). A J14 la proportion d'échantillons positifs avait fortement diminuée. Les charges virales élevées du MPXV dans la peau et les muqueuses (y compris génitales et anales) suggèrent une transmission par contact corporel direct plutôt que par voie respiratoire ou contact avec les liquides organiques.

Viral loads in clinical samples of men with monkeypox virus infection: a French case series

Romain Palich et al., *The Lancet infectious diseases*, Septembre 2022

- Étude ancillaire issue de la cohorte prospective française ENCEIF (multicentrique, 2016-2019) étudiant l'épidémiologie des encéphalites chez le voyageur. 494 patients inclus, dont 69 (14%) voyageurs. Les arboviroses sont les principales causes d'encéphalite chez les voyageurs (15/69, 22%) suivies de l'herpes simplex virus (HSV) (9/69, 13%). Le traitement empirique de l'encéphalite chez le voyageur doit donc contenir de l'aciclovir. Les auteurs soulignent que 19% des cas auraient pu être prévenu par un vaccin et rappellent l'importance des conseils et de la vaccination avant le voyage.

Encephalitis in travellers: a prospective multicentre study

Léa Picard et al., *J Travel Med*, Décembre 2022