

Travel and health

A case of human rabies contracted in Nigeria

United Kingdom. A 19-year-old man, who had returned to England from Nigeria 3 weeks previously, developed fever and altered behaviour. He was admitted to a London hospital on Sunday, 6 October 1996. He was aggressive and confused, hyperventilating, and had spasms that lasted for a few seconds. He would not allow health care workers to examine him and he spat saliva on the people who restrained and sedated him. Malarial parasites were seen in blood films. A diagnosis of cerebral malaria was made, he was treated with quinine, and transferred to another hospital. He suffered 2 cardiorespiratory arrests and died later the same day. A clinical diagnosis of rabies was made and was confirmed by the Central Veterinary Laboratory, Weybridge, by direct immunofluorescence and polymerase chain reaction, and culture of rabies virus from tissue specimens obtained at necropsy.

Post-exposure prophylaxis (vaccine and immunoglobulin) was provided for close contacts of the patient. Inquiries revealed that the patient had been bitten on the ankle by a stray dog in Nigeria. Neither the date of the bite nor details of any treatment given are known.

No indigenous cases of human rabies have occurred in the United Kingdom since 1902, and only 20 cases have been imported into England and Wales since 1946. Person-to-person transmission of rabies is very rare. A theoretical risk of transmission through infected body fluids exists, but the only documented cases of person-to-person transmission occurred in people who received corneal transplants from donors who died of undiagnosed rabies. The diagnosis can be confirmed during life by detecting rabies virus antigens in corneal impressions or skin biopsies.

Vaccination with 3 doses of human diploid cell rabies vaccine is recommended for people living or travelling in enzootic areas who may be exposed to unusual risks, or who undertake particularly long journeys in remote areas where medical treatment may not be immediately available.

(Based on: *Communicable Disease Report Weekly*, Volume 6, Number 42, 1996; Public Health Laboratory Service.)

Editorial Note: With regard to pre-exposure immunization, the Eighth Report of the WHO Expert Committee on Rabies (*WHO Technical Report Series* No. 824, 1992) states that it should be offered to persons at high risk of exposure, such as laboratory staff working with rabies virus, veterinarians, animal handlers and wildlife officers.

Such immunization should preferably consist of 3 full intramuscular doses of tissue-culture rabies vaccine of potency at least 2.5 IU per dose given on days 0, 7 and 28. (A few days' variation is not important.) The presence of virus-neutralizing antibodies in vaccinated individuals should be ascertained, where feasible, using serum samples collected 1-3 weeks after the last dose. For adults, the vaccine should always be administered in the deltoid area of the arm. For young children, the anterolateral area of the thigh is also acceptable. The gluteal area should never be used for vaccine injections, since administration in this area results in lower neutralizing antibody titres.

Voyages et santé

Cas de rage humaine contractée au Nigéria

Royaume-Uni. Un homme de 19 ans, rentré en Angleterre depuis 3 semaines après un séjour au Nigéria, a présenté de la fièvre et des troubles du comportement. Il a été admis dans un hôpital londonien le dimanche 6 octobre 1996. Il était agressif, et présentait un état confusionnel, une hyperventilation et des spasmes de quelques secondes. Il n'a pas voulu laisser les agents de santé l'examiner et a craché sur les personnes qui l'ont maîtrisé et lui ont administré un sédatif. On a retrouvé des plasmodies dans les étalements de sang. Un diagnostic d'accès palustre pernicieux a été posé et le patient a été traité par de la quinine, puis transféré dans un autre hôpital. Là, il a présenté 2 arrêts cardio-respiratoires et il est décédé un peu plus tard le même jour. Un diagnostic clinique de rage a été posé et confirmé par le *Central Veterinary Laboratory* de Weybridge en immunofluorescence directe et par amplification génique, puis à l'aide d'une culture du virus rabique réalisée à partir de prélèvements tissulaires effectués au moment de l'autopsie.

Une prophylaxie après exposition (vaccin et immunoglobuline) a été fournie à l'entourage du malade. Les enquêtes ont révélé que ce sujet avait été mordu à la cheville par un chien errant au Nigéria. On ne connaît ni la date de la morsure, ni le traitement administré à cette occasion.

Aucun cas autochtone de rage humaine ne s'est produit au Royaume-Uni depuis 1902 et seuls 20 cas ont été importés en Angleterre et au pays de Galles depuis 1946. La transmission interhumaine de la rage est très rare. Il existe un risque théorique de transmission par des liquides organiques infectés, mais les seuls cas documentés d'une telle transmission se sont produits chez des gens ayant subi des transplantations de cornées provenant de donneurs décédés d'une rage non diagnostiquée. Le diagnostic peut être confirmé ante mortem par la détection d'antigènes rabiques dans des empreintes cornéennes ou des biopsies cutanées.

La vaccination au moyen de 3 doses de vaccin antirabique préparé en cellules diploïdes humaines est recommandée pour les personnes qui vivent ou sont appelées à voyager dans des régions où la maladie est enzootique et qui peuvent être exposées à des risques inhabituels, ou qui entreprennent des voyages particulièrement longs dans des régions reculées où l'accès à un traitement médical rapide est malaisé.

(D'après: *Communicable Disease Report Weekly*, Volume 6, N° 42, 1996; *Public Health Laboratory Service*.)

Note de la Rédaction: En ce qui concerne la vaccination avant exposition, le huitième rapport du Comité OMS d'experts de la Rage (*OMS, Série de Rapports techniques* N° 824, 1992) précise qu'elle doit être proposée aux sujets ayant un risque élevé d'exposition comme le personnel de laboratoire qui travaille sur le virus rabique, les vétérinaires, les personnes manipulant des animaux ou celles qui sont chargées de surveiller la faune sauvage.

Cette vaccination doit de préférence se composer de 3 doses complètes intramusculaires de vaccin antirabique préparé sur culture de tissus ayant une activité d'au moins 2,5 UI par dose, administrées aux jours 0, 7 et 28 (à quelques jours près). La présence d'anticorps neutralisants chez les sujets vaccinés peut être contrôlée, lorsque cela est possible, sur des échantillons de sérum prélevés 1 à 3 semaines après la dernière dose. Chez l'adulte, le vaccin doit toujours être administré dans le deltoïde. Chez le jeune enfant la face antérolatérale de la cuisse est également acceptable. La région fessière ne sera jamais utilisée pour injecter les vaccins, l'administration dans cette zone donnant lieu à des titres en anticorps neutralisants plus faibles.

Tissue-culture or purified duck-embryo rabies vaccines of potency at least 2.5 IU per dose have been shown to induce adequate antibody titres when carefully administered intradermally in 0.1 ml volumes on days 0, 7 and 28. After reconstitution of the vaccine, the entire volume should be used as soon as possible. Separate syringes and needles must be used for each dose. Intradermal application of the vaccine is of special interest in areas where economic constraints limit vaccine availability. However, pre-exposure immunization with human diploid cell (HDC) vaccine administered intradermally should, whenever possible, be performed before starting antimalarial prophylaxis, since virus-neutralizing antibody titres have been shown to be lower in patients receiving chloroquine phosphate. When this is not feasible, HDC vaccine should be administered intramuscularly.

On a montré que les vaccins préparés sur culture de tissus ou les vaccins purifiés préparés sur embryon de canard ayant une activité d'au moins 2,5 UI par dose provoquent l'apparition d'un titre en anticorps satisfaisant si l'administration intradermique de 0,1 ml de vaccin aux jours 0, 7 et 28 est bien conduite. Le vaccin reconstitué doit être utilisé en totalité le plus tôt possible. Chaque dose sera administrée avec une seringue et une aiguille différentes. L'utilisation par voie intradermique est particulièrement intéressante quand les contraintes économiques limitent la disponibilité du vaccin. La vaccination avant exposition au moyen du vaccin préparé sur cellules diploïdes humaines (HDC) administré par voie intradermique sera si possible pratiquée avant le début d'une prophylaxie antipalustre; en effet, on a montré que le titre en anticorps neutralisants est plus faible si le patient est traité par le phosphate de chloroquine. En cas d'impossibilité le vaccin HDC sera administré par voie intramusculaire.

我们的产品



大数据平台

国内宏观经济数据库

国际经济合作数据库

行业分析数据库

条约法规平台

国际条约数据库

国外法规数据库

即时信息平台

新闻媒体即时分析

社交媒体即时分析

云报告平台

国内研究报告

国际研究报告

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_30632

