

## Sommaire

---

● **VACCIN CONTRE LA GRIPPE** p. 2

- Peu d'effets secondaires

● **GRIPPE** p. 2 - 3

- Système de surveillance

● **VACCIN BCG** p. 4

- Indications limitées

● **VARICELLE** p. 4 - 5 - 6

- Vaccination de routine ?

● **PATIENTS IMMUNODEPRIMES** p. 6 - 7

- Quelles vaccinations ?

● **HEPATITE VIRALE** p. 8

- Des chiffres d'incidence en Belgique

Dans les prochains numéros : la vaccination Hib, hépatites A et B en milieu scolaire, quelques aspects pratiques de la vaccination,...

# Vaccin contre la grippe

## PEU D'EFFETS SECONDAIRES

**Selon une étude récente, les effets secondaires du vaccin anti-influenza chez les personnes âgées sont modérés et leur fréquence acceptable.**

Une étude randomisée en double aveugle a été menée durant l'hiver 1991-1992, impliquant 31 médecins généralistes du sud des Pays-Bas. 1806 patients âgés de 60 ans et plus ont été inclus dans l'étude: 904 ont reçu un vaccin anti-influenza et 902 un placebo (sérum physiologique).

Les réactions secondaires ont été relevées par questionnaire, complété 4 semaines après la vaccination.

210 patients (soit 23%) ayant reçu le vaccin rapportent un ou plusieurs effets secondaires, contre 127 (soit 14%) des patients ayant reçu le placebo.

La fréquence des réactions locales (gonflement, prurit, sensation de chaleur, douleur à la pression, douleur constante, inconfort) était de 17,5% dans le groupe des vaccinés contre 7,3% dans le groupe placebo. Le taux d'effets secondaires systémiques (fièvre, céphalées, malaise...) est comparable dans les deux groupes (11% versus 9,4%). De manière générale, les hommes ont rapporté moins d'effets secondaires que les femmes. ■

*Dr. P. Trefois*

Référence: Th M E Govaert, G J Dinant, K Aretz, N Masurel, M J W Sprenger, J A Knottnerus. Adverse reactions to influenza vaccine in elderly people: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ* 1993; 307: 988-990.

# Grippe

## SYSTEME DE SURVEILLANCE

- La surveillance hebdomadaire de la grippe et des infections respiratoires aiguës permet un monitoring épidémiologique de la maladie, la mise en place de mesures préventives et l'estimation de l'impact d'une épidémie
- La composition vaccinale en 1994 diffère de celle

**de 1993 par la souche H3N2 (A/SHANG-DONG/9/93)**

La prise de conscience de l'importance d'une surveillance étroite de la grippe date de la grande pandémie de 1918 ("grippe espagnole") et de la découverte du virus influenza en 1933. Mais il fallut attendre 1957 pour que la surveillance de cette pathologie se structurât, notamment par la compilation de nouveaux indicateurs qui restent par ailleurs toujours d'actualité (nombre de cas d'influenza, absentéisme mortalité,...) (1, 2). Le concept de médecins sentinelles ne se développa que plus tard et il fût rapidement reconnu comme le moyen le plus efficace pour le monitoring de cette pathologie. En Belgique, l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie instaura un tel système de surveillance en 1985 (3).

Le diagnostic exact d'influenza est difficile à poser, surtout en dehors de tout contexte épidémique. Tenant compte en outre de la confusion possible avec des pathologies similaires dues à d'autres virus respiratoires, notamment le Virus Respiratoire Syncytial chez l'enfant et le vieillard (4), la surveillance des données cliniques est actuellement basée sur l'enregistrement de toutes les infections respiratoires aiguës, grippales et non grippales, dans cinq tranches d'âge. Les cas rapportés sont pondérés pour tenir compte de l'importance de la patientèle des médecins. Les cas observés peuvent être comparés aux cas attendus pour la même période grâce à l'utilisation d'un modèle mathématique, qui permet également de définir un seuil épidémique. Le seul dépassement de ce seuil ne suffit pas pour parler d'épidémie puisque d'autres germes peuvent porter la responsabilité d'une montée anormale du nombre d'infections respiratoires aiguës.

C'est pourquoi un deuxième réseau de médecins sentinelles effectue des prélèvements naso-pharyngés chez des patients suspects d'avoir contracté la maladie. Ces prélèvements envoyés au Centre National de Référence de l'influenza de l'IHE, et couplés aux isolements virologiques de quelques laboratoires universitaires, permettent de définir le ou les germes responsables d'une augmentation des infections respiratoires aiguës dans la population (voir figure).

D'autres indicateurs comme le pourcentage d'absentéisme de moins de 30 jours ainsi que le nombre total journalier de décès (sans mention de la cause) sont obtenus dans des délais très rapides (six semaines) et permettent une estimation fiable de l'impact d'une éventuelle épidémie. Une collaboration étroite avec les centres européens de surveillance de l'influenza complète utilement ces informations, même si les procédures de surveillance ne sont pas encore standardisées dans tous les pays. L'exactitude

de l'information apportée, ainsi que plusieurs nouveautés technologiques (informatisation, médicaments antiviraux,...) permettent d'élargir considérablement les objectifs de la surveillance qui ne se contente plus d'être seulement descriptive. Les résultats de cette surveillance épidémiologique au niveau mondial permettent ainsi de préparer dans les temps le vaccin de la saison suivante. En effet, cinq mois au moins sont nécessaires entre la décision par l'O.M.S. -vers le mois de février- des souches influenza entrant dans la composition du vaccin trivalent de la saison suivante, et la distribution dans les officines. La saison 1993-1994 fût marquée par une épidémie d'intensité modérée au mois de décembre en Europe occidentale, plus marquée au Royaume-Uni et en France d'où elle semble par ailleurs avoir démarré, et qui a atteint les pays de l'Est en février où elle s'est éteinte. Alors que les autres souches A/H1N1 et B furent sporadiquement détectées, le virus H3N2 fut largement majoritaire. Entre autres arguments, des études sérologiques complémentaires sur les souches circulantes récentes ont permis de choisir la composition vaccinale qui ne diffère de la précédente que par la souche H3N2 (A/SHANGDONG/9/93) (5).

En conclusion, seule une surveillance active et internationale de l'influenza telle qu'elle existe actuellement permet de réaliser les objectifs fixés par l'O.M.S, à savoir essentiellement le monitoring épidémiologique de la maladie, la mise en place de mesures préventives et l'estimation de l'impact d'une épidémie. La rapidité croissante

dans le recueil des données permet de satisfaire l'un des objectifs majeurs, à savoir préparer dans les temps un vaccin dont la probabilité d'efficacité sera la plus grande. Une dernière remarque concernant la nécessité d'une surveillance rapide et efficace: en cas de survenue d'une pandémie due à un virus mutant, la célérité jouera un rôle déterminant car il sera possible de fabriquer un vaccin monovalent efficace dans les quelques mois suivant l'isolement du virus responsable, ce qui devrait être suffisant pour contrecarrer les conséquences de ce genre d'épidémie gravissime. ■

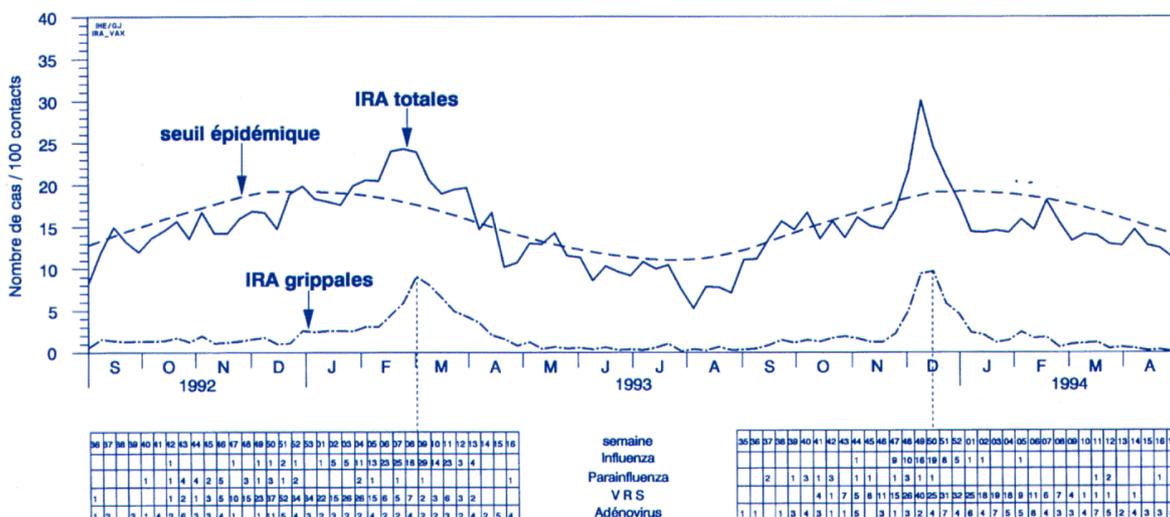
Dr. R. Snacken  
Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie

Références:

- (1) Langmuir AD. The surveillance of communicable diseases of national importance N Engl J Med 1963; 268: 182-192
- (2) Serfling RE Methods for current statistical analysis of excess pneumonia-influenza deaths. Publ Health Rep 1963; 78: 494-506
- (3) Snacken R., Lion J., Van Casteren V., Cornelis R., Yane F., Mombaerts M., Aelvoet W. and Stroobant A. Five years of sentinel surveillance of acute respiratory infections (1985-1990) : the benefits of an early warning system. Eur J Epidem 1992; 8: 485-490.
- 4) Fleming DM, and Cross KW. Respiratory syncytial virus or influenza? The Lancet 1993; 342: 1507-1510
- 5) Update: influenza activity - United States and Worldwide, 1993-1994 season and composition of the 1994-1995 influenza vaccine. JAMA 1994; 271: 1070 - 1072.

Ministère de la Communauté Française - Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap  
**Programme de Surveillance des INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES ET DE LA GRIPPE**

Rapport hebdomadaire situation au : 1 / 5 / 1994 (semaine 17)



Source : Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie  
Sections d'Epidémiologie et de Virologie  
rue J. Wytsman, 14 - 1050 Bruxelles  
Tél. : 02/642.51.11

# Vaccin BCG

## INDICATIONS LIMITÉES

**Selon les recommandations du Comité Scientifique de l'Oeuvre Nationale Belge de Défense contre la Tuberculose, seuls certains groupes à risque sont concernés, en Belgique, par la vaccination par le BCG.**

La vaccination systématique par le BCG dans la population générale ne se justifie pas actuellement dans notre pays, puisque le risque annuel d'infection y est estimé à 0,02%, alors que le BCG systématique à la naissance n'est recommandé que lorsque ce risque est supérieur à 0,1% ou 1% selon les auteurs.

Cependant, certaines indications ponctuelles peuvent être envisagées en cas de test tuberculinique négatif sans signes cliniques:

- 1° Chez les enfants d'immigrés âgés de 5 ans ou moins retournant régulièrement dans leur pays d'origine, si celui-ci est à haute prévalence de tuberculose.
- 2° Chez les candidats réfugiés âgés de 5 ans ou moins.
- 3° Chez les enfants âgés de 5 ans ou moins, soumis à un risque élevé et persistant de contamination familiale et restant tuberculino-négatifs après une chimiothérapie préventive de 6 mois.
- 4° Chez les sujets belges amenés à vivre en contact étroit et prolongé avec la population autochtone de pays à haute prévalence de tuberculose, lorsque le suivi régulier par intradermoréaction est aléatoire.
- 5° Chez le personnel médical/paramédical en contact régulier avec des patients atteints de tuberculose multirésistante contagieuse, sauf si l'hôpital se conforme aux règles générales d'hygiène qui s'imposent en présence de malades tuberculeux et si le dépistage systématique de la tuberculose par intradermoréaction est organisé régulièrement (au minimum tous les ans).

Le BCG est déconseillé en cas de suspicion ou de preuve de séropositivité VIH, de vaccination antérieure par le BCG (présence d'une cicatrice et/ou mention sur le carnet de vaccination) ou si une tuberculose active est suspectée. ■

*Dr. Maryse Wanlin*

Pour tout renseignement complémentaire, on peut s'adresser à la F.A.R.E.S. rue de la Concorde 56 à 1050 Bruxelles - Tél.: 02/512.29.36.

Références :

1. Use of BCG Vaccines in the Control of Tuberculosis : A joint

Statement by the ACIP and the Advisory ACIP Committee for Elimination of Tuberculosis. MMWR 1988 ; 37 : 663-664,669-675.

2. Criteria for discontinuation of vaccination programmes using Bacille Calmette Guerin (BCG) in countries with a Low Prevalence of Tuberculosis. Newsletter IUATLD. May 1994.

3. Ten Dam HG."BCG vaccination" in Tuberculosis, a comprehensive International Approach. Ed. L.B. Reichman, E.S. Hershfield, M.Dekker. 1993; Vol.66 : 251-274.

***Un commentaire du Professeur R. Clara, président du Groupe de Réflexion Scientifique "Vaccination":***

*"Aux enfants des pays en voie de développement, le vaccin BCG doit être administré de manière généralisée, et aussitôt que possible. L'OMS défend la position que la vaccination par BCG est hautement efficace chez les enfants: le vaccin BCG protège contre ± 90% des formes hématogènes de tuberculose et contre 50 à 65% des formes respiratoires.*

*Dans les pays développés et très industrialisés, où le risque est très faible et où le phénomène de multirésistance est surveillé et encore peu répandu, la vaccination par BCG n'est plus indiquée, excepté pour certains groupes à risque accru.*

*Cependant, on continue la recherche de meilleurs vaccins contre la tuberculose et la lèpre. La connaissance croissante du bacille tuberculeux pourra y contribuer."*

Référence: Clark A, Rudd P. Neonatal Bcg immunization. Arch Dis Chil 1992; 67: 473 - 474.

# Varicelle

## VACCINATION DE ROUTINE ?

**Du fait de sa grande fréquence, la varicelle est responsable d'une morbidité importante.**

**La vaccination généralisée provoquera une baisse spectaculaire du nombre de cas de varicelle, une sérieuse diminution de la morbidité et de la mortalité, un gain de dépenses de santé et d'absentéisme.**

Le moment de décider de l'administration en routine de la vaccination contre la varicelle semble arrivé.

Les premières expérimentations cliniques avec le vaccin à souche vivante atténuée contre la varicelle ont été menées il y a plus de 20 ans par Takahashi et al. Depuis lors, ces essais ont été répétés à grande échelle partout dans le monde. Il ne fait aucun doute que le vaccin est indiqué pour les enfants immuno-déprimés, pour les adultes non immunisés (surtout les femmes en âge de procréer, les travailleurs de la santé et d'autres groupes à risques).

Alors que débute la troisième décennie suivant la mise

au point du vaccin contre la varicelle, se pose la question de l'administration universelle du vaccin chez les enfants en bonne santé (et chez les adultes).

### La varicelle

- **Clinique:** la contamination avec le virus de la varicelle provoque deux syndromes cliniques différents. Lors d'une primo-infection, qui dans 85 % des cas survient avant l'âge de 10 ans, une varicelle se déclare, la plupart du temps bénigne. Lors de la réactivation du virus, présent dans les ganglions dorsaux des nerfs sensitifs périphériques, se déclare après une période latente de quelques décennies une éruption cutanée localisée et douloureuse, spécifique du zona.

- **Morbidité et mortalité:** la varicelle est une des infections les plus contagieuses. Presque tous les enfants sont contaminés. La liste des complications est très longue. Chacune de ces complications survient rarement. Mais du fait de la grande fréquence de la varicelle, on constate cependant une morbidité importante. Les complications les plus fréquentes et graves (parfois fatales) sont les surinfections bactériennes comme l'impétigo, les abcès, la cellulite, l'ostéomyélite, la septicémie, la pneumonie varicelleuse (10 à 25 cas par 100 000 varicelles), l'encéphalite avec 5 fois sur 6 une ataxie cérébelleuse aiguë (6 à 17 cas pour 100 000).

Le risque d'hospitalisation s'élève, selon Guess et al., à 120 pour 100 000 cas de varicelle en dessous de 14 ans, et à 500 au dessus de 14 ans.

La mortalité totale parmi les individus en bonne santé s'élève à deux cas pour 100 000 (ce qui signifie en Belgique 2 décès par an).

- **Traitement et impact financier**

Coûts médicaux directs: le prix du traitement de la varicelle est relativement élevé si l'on tient compte de la consultation systématique du médecin de famille ou du pédiatre, et de l'emploi généralisé de médicaments comme des préparations topiques, des analgésiques, des antihistaminiques et des antibiotiques.

Coût indirect: en moyenne, les enfants restent absents de l'école 8,7 jours aux E-U, ce qui conduit également à une absence du travail en moyenne d'une semaine pour un des parents.

### Le vaccin contre la varicelle

Des résultats excellents ont été démontrés lors d'expériences cliniques menées avec la souche varicelleuse OKA au Japon, aux E-U et en Europe, chez des enfants et des adultes en bonne santé aussi bien que chez des enfants atteints de leucémie.

- **Immunogénicité:** de nombreuses études ont montré que 94 à 100% des enfants vaccinés développent des anticorps qui restent encore détectables pendant la

période d'observation de 7 à 10 ans.

- **Efficacité:** le vaccin contre la varicelle protège 94 à 98% des enfants vaccinés pendant au moins 7 ans. Les seuls enfants qui, après contact à l'intérieur de la famille, font quand même la varicelle, développent une forme très légère de la maladie, avec quelques papules ou vésicules, peu de fièvre et guérison complète après 5 jours.

- **Sécurité:** le vaccin contre la varicelle est extrêmement sûr. Les effets secondaires sont très modérés: réactions locales minimales au lieu d'injection (20%), quelques petites papules chez 4% des vaccinés et une hausse de température chez 10%. Une question importante est de savoir s'il n'existe pas un risque accru de zona chez les personnes vaccinées. Les expériences de Gershon chez des enfants leucémiques semblent montrer que le zona surviendra plutôt moins, et aussi de façon moins grave, après vaccination qu'après infection avec le virus sauvage. Le follow-up est certainement nécessaire pour le confirmer.

- **Moment de la vaccination:** la vaccination en routine contre la varicelle est appliquée de préférence entre 12 et 18 mois, au moment où les anticorps maternels ont disparu. Pour éviter des consultations supplémentaires, la vaccination contre la varicelle (sous-cutanée) est donnée simultanément à celle contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (à 15 mois). La stratégie idéale consiste à combiner une vaccination de routine à 15 mois avec un rappel à 12 ans. D'ici là, pendant 11 ans, conjointement à la vaccination de tous les bébés, tous les adolescents âgés de 12 ans qui ont une anamnèse négative pour la varicelle sont également vaccinés au moment du rappel RRO. L'intention est de protéger les futurs adultes, et entre autres les femmes en âge de procréer. Cette stratégie est également importante, vu le glissement établi de la varicelle vers des groupes d'âge plus âgés.

- **Analyse coût-bénéfice:** plusieurs analyses coût-bénéfice démontrent une balance positive si les coûts médicaux et indirects sont pris en compte. Pour un prix de 35\$ par dose, on économise 5 \$ pour chaque \$ dépensé.

### Conclusions

Ces 20 années ont permis de rassembler suffisamment d'informations sur la sécurité et l'efficacité du vaccin. Toutes les études démontrent une présence de longue durée de l'immunité humorale et cellulaire et la bénignité des rares cas de varicelle survenant malgré la vaccination. Il n'existe pas d'évidence d'une augmentation de la fréquence du zona après vaccination, au contraire probablement.

Cependant, deux questions importantes restent posées. L'immunité se maintiendra-t-elle suffisamment longtemps pour protéger les adultes leur vie durant?

Seul le temps et l'expérience le démontreront. Dans les années 60, les mêmes questions se posaient pour le vaccin anti-rougeoleux, longtemps avant que les données sur la persistance des anticorps protecteurs ne soient connues. En fait, ceci vaut pour chaque vaccin (p.e. aussi poliomyélite et oreillons). Ces trois maladies d'enfants sont aussi plus graves à l'âge adulte.

Une deuxième question est liée au fait qu'un taux d'immunisation de 70% ou moins modifie lui-même l'épidémiologie de la maladie. Ceci peut conduire à un accroissement de cas de varicelle à l'âge adulte, avec un risque plus élevé de pneumonie, d'encéphalite, de varicelle congénitale et néonatale. L'expérience avec l'administration généralisée du vaccin contre la rougeole (originellement aussi répandue que la varicelle) rend cette hypothèse peu vraisemblable.

Aux deux questions sus-mentionnées et à celle d'une augmentation possible de la fréquence du zona, une réponse définitive pourra seulement être donnée d'ici 60 à 70 ans. Il semble insensé d'attendre cette réponse.

Le nombre de morts par varicelle est deux fois plus élevé que celui dû aux oreillons, et le nombre et la gravité des complications sont également plus élevés. La vaccination généralisée des nourrissons et des adolescents provoquera une baisse spectaculaire du nombre de cas de varicelle, une sérieuse diminution de la morbidité et de la mortalité, un amoindrissement des frais de soins médicaux et sociaux, un gain de temps perdu à l'école et sur les lieux de travail.

La grande quantité de données disponibles, rassemblées pendant 20 ans au cours de nombreuses expérimentations cliniques, plaide pour une administration généralisée du vaccin contre la varicelle.

A la question de savoir si nous pouvons encore longtemps priver nos enfants des avantages de cette vaccination, la réponse de la plupart des experts est clairement négative. ■

*Prof. Dr. R. Clara*

Une bibliographie complète est disponible sur demande auprès de la rédaction.

## Patients immunodéprimés

### QUELLES VACCINATIONS?

**- Les vaccins à base de micro-organismes tués, d'anatoxine, de polysaccharides capsulaires ainsi que les vaccins "sub unit" ne font courir aucun**

**risque aux patients immunodéprimés.**

**- En général, les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués. Mais dans quelques cas, ils sont cependant recommandés.**

**- Des vaccinations spécifiques peuvent être indiquées, en raison de la susceptibilité à certains pathogènes, mais il faut tenir compte de l'intensité et de l'origine de l'immunodépression.**

**- La réponse immunitaire (et donc l'efficacité) de certains vaccins diminue proportionnellement à l'immunodéficience.**

De nombreuses pathologies et certains traitements sont à l'origine d'une immunodépression. Deux types de questions se posent alors chez ces patients dont le système immunitaire est déprimé: d'une part quels vaccins peut-on leur administrer sans risque, et d'autre part, quels vaccins faut-il leur recommander pour les protéger d'infections vis à vis desquelles ils sont particulièrement fragilisés?

Les vaccins tués ou inactivés ne représentent pas de danger pour les personnes immunodéprimées, et ces vaccins ont les mêmes indications que chez les personnes en bonne santé. Mais certains états d'immunodépression s'accompagnent de risques particuliers et rendent nécessaires d'autres immunisations actives: par exemple contre le pneumocoque, le méningocoque, l'*Haemophilus influenzae* type b... La réponse immunitaire des personnes immunodéprimées est moins bonne que celles de sujets sains: des doses plus fortes ou des rappels plus fréquents sont donc parfois requis.

### *Patients sous corticothérapie*

La corticothérapie réduit la réponse vaccinale. Une majorité de cliniciens considèrent la prise prolongée d'une dose équivalente à 2 mg par kilo de poids ou de 20 mg par jour de prednisonne, comme suffisamment immunodépressive pour remettre en cause la sécurité d'administration d'un vaccin vivant. Par contre, il n'y a pas de problème lors: de traitement corticoïde de courte durée (moins de 2 semaines); de traitement donné à doses basses ou au long cours avec un dérivé de courte durée d'action en prises alternées 1 jour sur 2; de traitement à doses physiologiques (traitement de substitution); lors d'usage en intra-articulaire, en topiques ou en aérosols.

En pratique, on conseille, après l'arrêt d'un traitement systémique de plus de 2 semaines à hautes doses de cortisone, d'attendre 3 mois avant d'administrer un vaccin vivant. ■

*Dr. P. Trefois avec la collaboration du Dr. Van Gompel*

Référence: Morbidity and Mortality Weekly Report vol. 42, n° RR-4, pp. 1-18.

### Commentaires du Dr. Van Gompel de l'IMT d'Anvers

Les recommandations proposées dans cet article, notamment en ce qui concerne l'immunisation active et passive des patients immunodéprimés, reposent sur les directives émises aux E-U par l'Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP). Les recommandations concrètes pour les différentes catégories de patients immunodéprimés sont basées sur une combinaison de données scientifiques disponibles et sur l'opinion de quelques experts américains.

On peut émettre quelques observations quant à leur application dans le contexte belge;

- la vaccination contre l'hépatite B est mentionnée pour tous les nouveau-nés et les enfants, car la vaccination généralisée contre l'hépatite B fait partie des directives de l'ACIP, ce qui n'est pas (encore) le cas en Belgique;

- la vaccination contre l'hépatite A n'est jamais citée, parce qu'elle n'est pas (encore) disponible sur le marché aux E.-U. Evidemment, cette vaccination a sa place si une indication spécifique est présente;

- la vaccination contre la rage n'est seulement qu'exceptionnellement indiquée (uniquement pour des indications très spécifiques);

- le vaccin oral contre la poliomyélite ne peut surtout pas être administré à l'entourage familial d'un patient atteint d'une immunodéficience grave.

NOUVEAU-NÉS ET ENFANTS						
	PATIENTS SÉROPOSITIFS OU ATTEINTS DE SIDA	IMMUNODÉPRIMÉS SÉVÈRES*		ASPLÉNIE		INSUFFISANCE RÉNALE, DIABÈTE
DITEPER	R	R		R		R
POLIO ORAL (SABIN)	CI	CI		R		R
POLIO TUÉ (SALK)	R	R		IND		IND
RRO	R	CI		R		R
Hib	R	R		R		R
HEPATITE B	R	R		R		R
PNEUMOCOQUE	R (> 2 ANS)	R (> 2 ANS)		R (> 2 ANS)		R (> 2 ANS)
MÉNINGOCOQUE	IND	IND		R		IND
INFLUENZA	R (> 6 MOIS)	R (> 6 MOIS)		R (> 6 MOIS)		R (> 6 MOIS)
TYPHOÏDE ORAL	CI	CI		IND		IND
TYPHOÏDE INACTIVÉ	IND	IND		IND		IND
VARICELLE	R	R		IND		IND
FIÈVRE JAUNE	CI	CI		IND		IND
BCG	CI	CI		IND		IND
RAGE	IND	IND		IND		IND
ADULTES						
	PATIENTS SÉROPOSITIFS OU ATTEINTS DE SIDA	IMMUNO DÉPRIMÉS SÉVÈRES*	TRANSPLANTATION D'ORGANE AVEC IMMUNO-DÉPRESSION	ASPLÉNIE	INSUFFISANCE RÉNALE	DIABÈTE, ALCOOLISME, CIRRHOSE
DITEPER	R	R	R	R	R	R
POLIO ORAL (SABIN)	CI	CI	CI	IND	IND	IND
POLIO TUÉ (SALK)	IND	IND	IND	IND	IND	IND
RRO	IND	CI	CI	IND	IND	IND
Hib	IND	R	R	R	IND	IND
HEPATITE B	IND	IND	IND	IND	R	R
PNEUMOCOQUE	R	R	R	R	R	R
MÉNINGOCOQUE	IND	IND	IND	R	IND	IND
INFLUENZA	R	R	R	R	R	R
TYPHOÏDE ORAL	CI	CI	CI	IND	IND	IND
TYPHOÏDE INACTIVÉ	IND	IND	IND	IND	IND	IND
FIÈVRE JAUNE	CI	CI	CI	IND	IND	IND
BCG	CI	CI	CI	IND	IND	IND
RAGE	IND	IND	IND	IND	IND	IND

R : recommandé - CI : contre-indiqué - IND : administré si indication particulière

\* immunodéficience congénitale, leucémie, lymphome, anémie aplastique, néoplasie généralisée, thérapie aux agents alkylants, antimétabolite, radiothérapie, corticothérapie à doses massives.

## REVUE DES VACCINS

- Les vaccins à base de micro-organismes tués sont entre autres le vaccin polio tué (Salk), et les vaccins contre la coqueluche (pertussis), l'influenza et la rage.
- Les vaccins à base de toxines bactériennes inactivées (anatoxines) sont ceux contre le tétanos et la diphtérie.
- Les vaccins à base de polysaccharides capsulaires sont entre autres ceux contre les pneumocoques, l'Haemophilus influenza de type B (Hib), les méningocoques, et le vaccin inactivé contre la typhoïde sur base de l'antigène Vi).
- Les vaccins à base de protéines membranaires sont entre autres ceux contre l'Influenza et l'hépatite B.
- Les vaccins à base de micro-organismes vivants atténués sont entre autres les vaccins oraux contre la poliomyélite (Sabin), la typhoïde et la varicelle, ainsi que le RRO.

## Hépatite virale

### LES CHIFFRES D'INCIDENCE

**Selon une étude de l'IHE, on constate une nette sous-évaluation de l'incidence des cas cliniques d'hépatite virale calculée sur base du système de déclaration obligatoire. 6 cas sur 10 d'hépatite B ont été constatés chez des patients âgés de 20 à 29 ans.**

L'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie anime dans notre pays un réseau de Médecins Vigies. Les systèmes de surveillance comme ce réseau belge ont été évalués et reconnus efficaces pour identifier et quantifier les problèmes rencontrés en médecine générale. L'hépatite virale a fait l'objet d'un premier enregistrement en 1982. Les médecins vigies ont repris en 1991 et 1992 l'enregistrement de tous les patients susceptibles d'avoir une hépatite virale aiguë.

En 1991 et 1992, le réseau comptait ±120 médecins couvrant une population estimée à ± 138 000 habitants.

Les cas ont été enregistrés sur base d'une suspicion clinique d'hépatite virale aiguë. Le médecin était prié d'envoyer pour confirmation un échantillon sanguin au laboratoire de référence de l'IHE, au moment du diagnostic, puis 3 et 9 mois après celui-ci.

Au cours des 2 années de la surveillance, le réseau a signalé 209 patients suspects sur base clinique d'être atteints d'hépatite virale aiguë. Des échantillons sanguins ont été analysés pour 134 des 209 patients. 41 étaient positifs pour l'hépatite A, 11 pour l'hépatite

## LES OBJECTIFS DE VAX INFO

Transmettre aux médecins intéressés des informations concrètes et pratiques en matière de vaccination.

Faire part des réflexions d'experts quant aux perspectives d'avenir d'une politique vaccinale en Belgique et dans le monde.

Secrétariat de rédaction

Dr. Patrik Trefois

Les frais d'impression et de diffusion de Vax Info sont couverts grâce au mécénat de SmithKline Beecham Pharma. Le choix rédactionnel et le contenu des articles dépendent exclusivement du secrétariat de rédaction et des auteurs, et n'engagent que ceux-ci.

Editeur responsable: Dr. Patrick Trefois - 72, rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

Si vous vous posez des questions concernant les vaccinations, vous pouvez les adresser au Dr. Patrick Trefois,

rue du Viaduc 72 à 1050 - Bruxelles.

Un membre du Groupe de Réflexion Scientifique "Vaccination" y répondra dans un prochain numéro.

B et 6 pour l'hépatite C. Deux patients étaient positifs pour les hépatites B et C, tous deux de jeunes toxicomanes. Une patiente était positive pour l'hépatite E.

62% des patients atteints d'hépatite B étaient âgés de 20 à 29 ans, tandis que les patients atteints d'hépatite A étaient répartis sur tous les groupes d'âges. Il n'y avait pas de différences significatives entre sexes.

L'incidence de l'hépatite A évaluée dans cette étude est significativement plus élevée en Wallonie par rapport à la Flandre. L'IHE n'en fournit pas les raisons. Il est possible d'expliquer cette situation par les différences de structure de population, de composition des familles, d'habitat, de disponibilité de milieux d'accueil (crèches...), ou de mesures sanitaires et d'hygiène. En comparaison avec une étude identique menée en 1982, on constate dans cette enquête (1991-1992) une chute significative de l'incidence des cas cliniques d'hépatite A. Une amélioration des mesures sanitaires et de l'hygiène peut en être l'origine. L'incidence des cas cliniques d'hépatite B est, comparativement au premier enregistrement en 1982, resté plus ou moins semblable. Enfin, les chiffres établis sur base des systèmes de déclaration obligatoire des Communautés flamande et française sont nettement inférieurs au nombre de cas estimés sur base de l'étude des Médecins Vigies. Seuls 15% des cas d'hépatite sont déclarés en Flandre, pour 8% en Communauté française. Le sous-enregistrement est le moins prononcé en ce qui concerne l'hépatite B où 1/4 des cas est enregistré. ■

*Dr P. Trefois, avec la collaboration du Dr. P. Van Damme*

Réf. "Incidence de l'hépatite virale aiguë en Belgique. Résultats du réseau d'enregistrement des Médecins Vigies 1991 - 1992" ; D. Devroey, V. Van Casteren, R. Vranckx - Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie-.