



E dito

HÉPATITE A, VACCINATION ET ÉPIDÉMIE

Après contact avec un patient atteint d'hépatite A, la prophylaxie par immunoglobulines est recommandée aux personnes qui vivent dans la famille et à celles qui vivent en contact étroit, par exemple dans les crèches ou les communautés fermées.

Les gammaglobulines ont ici une efficacité démontrée, du moins si elles sont administrées dans les 14 jours après un contact potentiellement contaminant. Ces deux semaines correspondent au temps d'incubation minimum. Lorsqu'elles sont administrées plus tardivement après la contamination, leur efficacité diminue considérablement.

Malheureusement, on n'apprend souvent qu'avec retard la possibilité d'un contact contagieux avec un patient atteint d'hépatite A. On peut aussi ignorer avoir été contaminé, du fait que le virus est éliminé par les selles en moyenne une semaine avant et une semaine après l'apparition des symptômes de la maladie.

La première vague d'infections secondaires au sein d'une communauté fermée ne peut généralement plus être arrêtée, mais le contrôle d'une dissémination ultérieure à partir de ces cas secondaires est certainement important dans de nombreuses circonstances.

Actuellement se pose la question de la valeur de la vaccination dans des situations semblables.

Après injection du vaccin contre l'hépatite A (1440 Unités - dosage prochainement disponible, vers septembre 95), 85% des personnes vaccinées produisent suffisamment d'anticorps protecteurs après 14 jours. Il est possible, et même vraisemblable, qu'il y ait déjà une protection considérable avant que la présence d'anticorps puisse être mesurée.

Lorsque quelqu'un a eu un contact potentiellement contaminant, très récent, avec un patient atteint

Sommaire

● *EDITORIAL* p. 2

- Hépatite A, vaccination et épidémie

● *HEPATITE A* p. 3 - 4

- Vacciner les voyageurs

● *BRÈVES* p. 4

- Diphtérie

- Hib

- RRO

● *VACCINS COMBINÉS* p. 5

- Un avenir proche

● *GROSSESSE, ALLAITEMENT, PRÉMATURITÉ* p. 6 - 7

- Attitudes de vaccination

● *ROUGEOLE ET OREILLONS* p. 7

- Incidences en baisse

● *HEPATITE B* p. 8

- Chez les enfants adoptés

d'hépatite A, la vaccination est peut-être aussi efficace que les gammaglobulines: ceci s'explique par la durée de la période d'incubation, qui est de minimum 14 jours et en moyenne de 30 jours.

Le coût des gammaglobulines est évidemment beaucoup plus réduit que celui de la vaccination. En outre, les gammaglobulines pourraient avoir l'avantage de permettre une hépatite subclinique, celle-ci entraînant une immunité la vie durant.

L'efficacité des gammaglobulines n'est toutefois pas de 100%: cela a été illustré par un décès lors d'un cas récent d'hépatite A fulminante, en dépit d'une injection correcte de gammaglobulines.

La vaccination donne en outre une immunité de longue durée, ce qui est certainement un avantage dans ces situations où le risque de répétition de l'épidémie est une réalité et où l'administration de gammaglobulines n'apparaît pas apte à enrayer les épidémies cycliques. La durée d'action des gammaglobulines est seulement de quelques mois.

Au cours des années écoulées, on a publié différentes études d'intervention, lors d'épidémie, au moyen de la vaccination contre l'hépatite A; on peut certainement en tirer preuve de l'efficacité de cette vaccination comme intervention après exposition (il n'y a pas, ou seulement très peu, de nouveaux cas 20 jours après la vaccination). De nouvelles études d'intervention lors d'épidémies seront nécessaires dans l'avenir, pour déterminer le positionnement exact de la vaccination contre l'hépatite A, versus (ou en combinaison avec) l'immunisation passive au moyen de gammaglobulines. ■

Dr Van Gompel
IMT Anvers

Sabin Prize for Vaccine Research

Le 3 mars, le premier *Sabin Prize for Vaccine Research* a été attribué au docteur Claude P. Muller.

Ce prix, d'un montant de 250.000 FB, a été créé à l'initiative de SmithKline Beecham Pharma en 1993 et sera remis tous les 2 ans à l'auteur belge ou luxembourgeois d'un travail ou d'une étude originale dans le domaine des vaccins.

Le docteur Claude P. Muller est chercheur au Laboratoire National de Santé à Luxembourg. Le travail primé porte sur «*Les déterminants antigéniques des lymphocytes B et des cellules T en tant que base de vaccins sub-unit potentiels, contre la rougeole.*»

Le prix a été remis par Madame Héloïse Sabin, veuve d'Albert Sabin.

Hépatite A

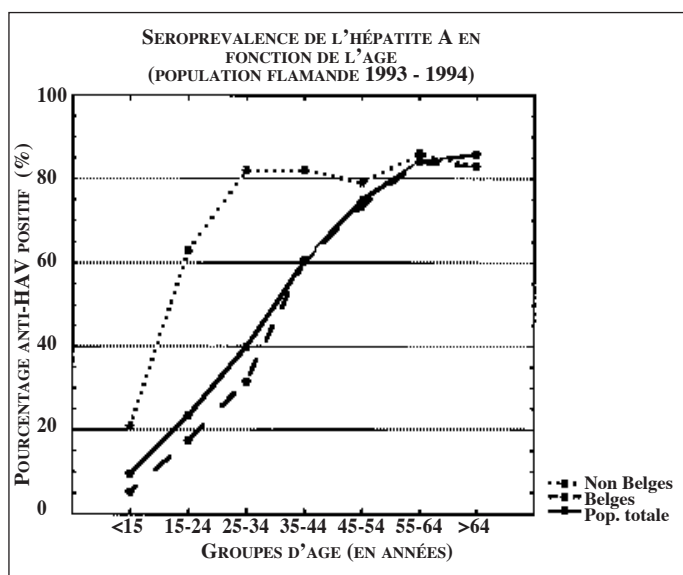
VACCINER LES VOYAGEURS

Les adultes qui voyagent vers des régions (sub)tropicales courent un risque réel de contamination par l'hépatite A. La vaccination est indiquée en toutes circonstances. Elle est également, d'un point de vue strictement économique, intéressante pour les personnes qui séjournent plus de 6 mois dans un tel pays, ou qui y font sur une période de 10 ans au moins 3 voyages.

Parmi la population autochtone des pays en voie de développement, chacun est contaminé au cours de l'enfance. A cette période de la vie, la maladie est presque toujours subclinique ou très modérée. Les personnes qui ont fait une hépatite A sont protégées à vie.

Dans les pays industrialisés, l'infection survient en moyenne beaucoup plus tard.

Le graphique ci-dessous illustre les pourcentages de séropositivité pour l'hépatite A en Flandres (pour les belges et les non-belges).



P. Van Damme - 1995

La situation actuelle de l'hygiène dans notre pays diminue considérablement la probabilité de contracter une hépatite A: c'est ainsi que la plupart des jeunes voyageurs ne sont pas protégés.

Une morbidité liée à l'âge

Bien que l'hépatite A soit le plus souvent une affection modérée, le problème pour les adultes réside principalement dans la longueur de la morbidité. Lorsque l'on est contaminé à l'âge adulte, on court plus de risque de faire une hépatite cliniquement importante.

Le stade de maladie dure habituellement quelques semaines (en moyenne 30 jours); il est la plupart du temps suivi d'une asthénie post-virale plus ou moins longue, parfois très prononcée.

De temps en temps, une hépatite évolue de manière prolongée et fluctuante (jusqu'à 6 mois).

Il n'y a pas de survenue d'hépatite chronique ou de séquelles tardives affectant le pronostic vital.

On estime que l'hépatite fulminante survient dans 1 cas sur 1000. Le risque s'accroît avec l'âge (plus de 2% au-delà de 40 ans). En cas d'hépatite A fulminante, le risque de décès dépasse 30%.

Un risque réel pour le voyageur

L'adoption stricte de mesures d'hygiène de l'alimentation et des boissons offre une certaine protection contre l'hépatite A, mais n'est pas applicable dans la pratique. Même dans les hôtels de luxe, on ne peut exclure le risque de contamination par le virus de l'hépatite A.

Le risque de maladie dû à cette contamination durant un voyage en régions (sub)tropicales varie de 3 voyageurs sur 1000 par mois lors de voyages touristiques dans de bonnes conditions d'hygiène, à 20 pour 1000 lorsque ces conditions sont beaucoup moins favorables («routards»).

Un voyage d'un mois en Europe du Sud présente un risque beaucoup plus faible: 0,05 - 0,10 pour 1000 personnes.

Dans notre expérience, l'hépatite A est une cause occasionnelle d'interruption d'une randonnée en région (sub)tropicale ou de rapatriement de travailleurs à l'étranger; cependant, au cours des dernières années, nous avons constaté une nette baisse sous l'influence de la vaccination systématique des voyageurs.

C'est la maladie infectieuse, évitable par vaccination, la plus fréquente chez les voyageurs. Elle est en moyenne 10 à 100 fois plus fréquente que la typhoïde et 1000 fois plus fréquente que le choléra.

Il est donc illogique sur le plan médical qu'un voyageur soit immunisé contre la typhoïde et le choléra (cette dernière vaccination n'est pas conseillée), mais pas contre l'hépatite A.

Vaccination...

Depuis 1992, on trouve sur le marché le vaccin contre

l'hépatite A (Havrix), un vaccin à base de virus élevé sur culture de cellules et inactivé au formol.

Le principal schéma de vaccination consiste en 2 injections intramusculaires de 0,5 ml (720 Unités), à intervalle de 14 jours à un mois, suivies d'une 3ème dose entre 6 mois et 1 an. En dessous de 15 ans, une demi-dose adulte suffit. Dans un avenir rapproché, un schéma simplifié sera administré en routine: une injection avec une double dose (1440 E), qui est répétée après 6 à 12 mois, donne une réponse d'anticorps aussi efficace.

C'est un vaccin très efficace. On ne connaît pas précisément à partir de quel moment une protection suffisante est déjà présente.

En tous cas, une quantité protectrice d'anticorps est présente déjà 4 semaines après la première injection chez plus de 90 % des cas. La vaccination complète garantit un titre d'anticorps protecteurs pendant au moins 10 ans, et probablement 20 ans. Il n'est pas exclu que l'immunité demeure encore présente lorsque les anticorps sont passés sous le seuil de détection.

Après une injection d'une double dose du vaccin contre l'hépatite A, 86% des vaccinés ont déjà un taux d'anticorps protecteur après 14 jours. On peut donc administrer juste avant un départ, la double dose du vaccin (720 Unités dans chaque deltoïde), afin d'assurer une protection effective.

La tolérance du vaccin est exceptionnelle. Il peut être administré à des petits enfants et aux femmes enceintes.

... ou gammaglobulines?

Les gammaglobulines ont une efficacité démontrée de 85%, qui reste cependant limitée dans le temps (3 à 6 mois), ce qui s'oppose à la protection presque complète et de très longue durée de la vaccination.

La protection par gammaglobulines s'installe assez rapidement après l'administration IM. Elles sont donc optimalement administrées juste quelques jours avant le départ. Les effets secondaires sont rares: douleur locale, arthralgies, urticaire, fièvre. Il n'y a pas de danger de transmission du sida (la procédure de préparation élimine un HIV éventuellement présent).

Premier choix

Du fait de la protection de plus de 90%, et ceci durant une période de 10 ans et probablement plus, la vaccination est supérieure aux gammaglobulines. La vaccination est donc sans aucun doute un investissement raisonnable pour tous ceux qui voyagent dans des conditions peu hygiéniques. C'est aussi le cas pour ceux qui voyagent régulièrement ou font de longs séjours (de quelques semaines) dans des pays

endémiques, même lorsque cela se fait dans de bonnes conditions d'hygiène.

Pour le voyageur, lorsque le vaccin est disponible, l'OMS recommande la vaccination plutôt que les gammaglobulines. Chez un voyageur qui se présente peu de temps avant son départ, on peut administrer simultanément, en cas de voyages à haut risque, des gammaglobulines et le vaccin contre l'hépatite A. Il n'y a probablement pas de perte importante d'efficacité de la vaccination.

Pour le voyageur occasionnel qui voyage sous les tropiques pour une durée courte et dans de bonnes conditions d'hygiène, il faut évaluer au cas par cas le type de protection contre l'hépatite A: vaccination ou gammaglobulines.

Une étude coût/bénéfice récente apprend cependant que la vaccination doit toujours être choisie d'un point de vue économique, dès qu'un voyageur entreprend trois voyages ou plus dans les 10 ans, ou dès que la durée de séjour ou de voyage atteint 180 jours.

Une enquête récente montre que plus de la moitié des voyageurs qui avaient consulté en 1991 une série de «travel clinics» belges ont le projet de repartir dans une région endémique au cours des prochaines années. Dans le processus de décision de vaccination contre l'hépatite A, on ne doit donc certainement pas omettre de s'enquérir des intentions de voyages futurs.

En pratique

Comme tout vaccin tué, le vaccin contre l'hépatite A peut être donné simultanément à d'autres vaccins.

Les gammaglobulines peuvent être données simultanément avec tous les vaccins tués, et avec le vaccin contre la fièvre jaune, et les vaccins oraux contre la typhoïde et la poliomyélite.

Le vaccin vivant contre la rougeole, au contraire, doit être administré au moins deux semaines avant les gammaglobulines, ou bien 12 semaines après (6 mois après une transfusion sanguine).

Les personnes qui ont eu l'hépatite A ne doivent pas être vaccinées. Les personnes qui ont séjourné plus d'un an sous les tropiques, et les personnes nées avant 1955, ont une réelle probabilité d'avoir déjà fait une hépatite A (éventuellement asymptomatique). Dans ces circonstances, cela vaut la peine de vérifier préalablement le statut immunitaire (IgG ou anticorps totaux, pas les IgM) avant de recourir à la vaccination, du moins si il y a encore suffisamment de temps jusqu'au départ. D'autre part, la vaccination d'une personne qui a déjà des anticorps n'entraîne aucun risque d'effets secondaires.

Pour le reste, le contrôle de la production d'anticorps après la vaccination n'a aucun sens (un tel contrôle peut être utile après vaccination contre l'hépatite B), puisque les tests de

routine disponibles pour la détection des anticorps IgG de l'hépatite A ne sont pas assez sensibles, et donc donnent régulièrement des résultats incorrects (faux négatifs). ■

Dr. Van Gompel - IMT Anvers;

Dr. Van Damme - UIA

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

B rèves

DIPHTÉRIE

Un vaccin combiné, dirigé contre les toxines diphtérique et tétanique et de dosage adapté à l'adulte(*), est maintenant disponible.

Grâce à la vaccination systématique, la diphtérie a pratiquement disparu de nos régions. La situation n'est pas partout aussi favorable: c'est ainsi qu'on assiste depuis environ 2 ans à une recrudescence de cas en Russie, en Ukraine, et en général dans l'ex-URSS. La vaccination antidiphtérique est donc recommandée aux voyageurs à destination de ces pays. Par ailleurs, maintenant qu'un vaccin antidiphtérique adapté à l'adulte existe, il est préférable de toujours l'utiliser pour les voyageurs lorsqu'un rappel antitétanique est nécessaire. Des études de séroprévalence dans les pays occidentaux montrent que 50 à 80 % des personnes nées avant 1955 ne sont vraisemblablement plus protégées contre la toxine diphtérique.

(*): Tedivax Pro Adulto®, à utiliser à partir de l'âge de 7 ans (la dose adulte équivaut à 1/8 de la dose pédiatrique). Ce vaccin est remboursé en catégorie B à partir du 1/5/95.

Hib

Le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b est remboursé par l'INAMI, en catégorie B, depuis le 1/4/95 (voir «vaccin Hib» - Vax Info n°11).

RRO

Depuis avril 95, les Communautés française et flamande mettent gratuitement le vaccin RRO à disposition des médecins vaccinateurs, pour le rappel à 11-12 ans.

Vaccins combinés

UN AVENIR PROCHE

L'accroissement du nombre de vaccins recommandés s'accompagne d'une difficulté pratique: comment assurer la vaccination générale et complète du public concerné?

Une des solutions à ce problème est de développer des vaccins combinés qui protégeront contre plusieurs maladies avec un nombre aussi réduit que possible d'administrations.

Les bénéfices potentiels pratiques sont énormes: une meilleure compliance peut être attendue en diminuant les contacts et les injections nécessaires pour une immunisation. La charge financière globale de la vaccination pourra être réduite (diminution de la consommation d'aiguilles et de seringues, du coût de personnel, des frais de transport, de stockage et de conservation à basse température).

Sans vaccins combinés, un programme de vaccination étendu ne semble pas faisable.

Les vaccins combinés peuvent être groupés en deux grandes catégories. La première où l'on retrouve les vaccins combinés conventionnels, la seconde comprenant les vaccins de nouvelle génération.

Les vaccins combinés conventionnels

Vaccins inactivés

Deux types de problèmes peuvent être attendus avec des vaccins combinés inactivés: le premier est de nature biologique, du fait de la possibilité de compétition antigénique entre les composants; le second est constitué des incompatibilités physico-chimiques entre conservants, adjuvants et excipients.

Certains vaccins combinés sont disponibles depuis longtemps, comme par exemple le trivalent inactivé antipoliomyélitique (IPV-Salk), le diphtérie-tétanos-coqueluche (DTP), l'influenza A et B, et les vaccins polysaccharidiques combinés anti-pneumococcique et anti-méningococcique.

De nouveaux vaccins ont été mis au point plus récemment. Ainsi, les études cliniques chez des enfants avec le DTP-Hépatite B ont démontré que le vaccin est hautement immunogène pour tous les antigènes. Il en est de même pour les vaccins DTP-Hib (*Haemophilus influenzae* type b), DTP-IPV et DTP-Hib-IPV, déjà commercialisés dans certains pays.

Vaccins combinés vivants atténués

Un problème avec ce type de vaccins est l'interférence entre les virus atténués, qui pourrait diminuer la réponse à l'un d'entre eux. Cet inconvénient peut être pallié par l'augmentation de la dose d'un des composants, ou par une administration répétée. Ce problème d'interférence limitera probablement le nombre de virus inclus dans les combinaisons à 4 ou 5. Des exemples bien connus en sont le trivalent polio Sabin et le combiné rougeole-oreillons-rubéole (RRO). Un combiné rougeole-rubéole-oreillons-varicelle est actuellement en préparation.

En ce qui concerne le RRO, tous ses composants sont hautement immunogènes, et on obtient des taux de séroconversion de 90% si le vaccin est donné au-delà de la première année de vie.

Les vaccins combinés de nouvelle génération

De nouvelles voies sont explorées pour développer des vaccins combinés.

- Les vaccins sur vecteur en sont un exemple.

Par cette méthode, on insère l'ADN qui code différents antigènes (de divers pathogènes), dans des organismes vivants atténués, tant des virus que des bactéries. Parmi les virus et bactéries utilisés, citons le virus de la vaccine, le BCG, la salmonelle... Ainsi, le vaccin vétérinaire contre la rage mis au point par cette technique est utilisé avec succès pour vacciner les renards dans la nature.

- La micro-encapsulation est une technique qui présente plusieurs avantages théoriques: les microsphères biodégradables protègent les antigènes contre toute dégradation externe; d'autre part, en prévoyant des particules de taille diverses, on obtient une libération contrôlée d'antigènes, assimilable à une immunisation par multidoses. Des essais sont en cours pour un vaccin antitétanique unidose.

- Une autre voie est celle des vaccins combinés basés sur des polypeptides synthétiques. La possibilité existe actuellement de construire un polypeptide simple, porteur d'épitopes de différents antigènes: celle-ci permettrait d'induire une immunité pour différents pathogènes.

- A l'avenir, une autre piste de mise au point de vaccins pourrait être le transfert d'ADN. De manière surprenante, il apparaît que des acides nucléiques purifiés codant une protéine étrangère, induisent après injection IM une immunité cellulaire excellente. On suppose que les cellules musculaires fonctionnent comme des petites usines de la protéine étrangère. Chez la souris, un vaccin contre l'influenza A, fabriqué de cette manière, protège contre une infection létale. Néanmoins, la sécurité de cette technique doit encore être démontrée, surtout en ce qui concerne l'intégration possible de l'ADN au génome de la cellule hôte.

Dr P. Trefois

d'après un exposé et un texte du Dr F. André

Grossesse, allaitement, prématurité

ATTITUDES DE VACCINATION

- Pendant la grossesse, les vaccins contre le tétanos, la diphtérie, l'Influenza et l'hépatite B peuvent être administrés sans risques. La décision de pratiquer toute autre vaccination est dépendante d'un bilan des avantages et risques.

Les vaccins contre la rubéole, la rougeole, les oreillons, la varicelle, la typhoïde (vaccin vivant) ainsi que le BCG, sont contre-indiqués.

- Pendant l'allaitement, les vaccins tués et vivants peuvent être administrés en toute sécurité et efficacité, tant pour les mères que pour les enfants.

- En cas de prématurité, les enfants peuvent être vaccinés au même âge chronologique, selon le même schéma et avec les mêmes précautions que les enfants nés à terme.

Vaccination durant la grossesse

Une vaccination n'est que rarement indispensable durant la grossesse. Néanmoins, parfois, il peut être indiqué de vacciner une femme enceinte. Quels vaccins peut-on alors administrer sans risque ?

Vaccins pouvant être administrés pendant la grossesse

- Le vaccin contre le tétanos et le vaccin combiné contre le tétanos et la diphtérie (Tedivax Pro Adulto) peuvent être administrés chez une femme enceinte. Les femmes préalablement vaccinées contre le tétanos (c.à.d. ayant reçu un schéma de primovaccination complet, confirmé par un document écrit), mais qui n'ont pas reçu de rappel dans les 10 dernières années, recevront une dose de rappel. Les femmes enceintes qui ne sont pas immunisées, ou seulement partiellement immunisées, contre le tétanos recevront une vaccination complète.
- Le vaccin tué contre la poliomyélite peut être administré en cas de risque d'exposition à une infection naturelle.
- Le vaccin contre l'hépatite B est recommandé pour une femme qui risque une contamination par le virus de l'hépatite B. Rappelons que chez toute femme enceinte, il faut rechercher la présence de l'HbsAg. Les femmes infectées par le virus de l'hépatite B doivent être suivies soigneusement: il faut s'assurer que l'enfant reçoive immunoglobulines spécifiques et vaccin aussi vite que possible après la naissance
- Les vaccinations contre l'influenza et le pneumocoque

sont recommandées pour une femme risquant des complications suite à ces maladies.

Vaccins pouvant être administrés dans des situations exceptionnelles

- Le vaccin oral contre la poliomyélite peut être administré à une femme enceinte qui court un risque important ou imminent d'exposition à une infection naturelle. Néanmoins, le vaccin tué contre la poliomyélite est préféré si une vaccination complète peut être administrée avant l'exposition potentielle au virus.
- Le vaccin contre la fièvre jaune peut être administré à une femme enceinte qui doit voyager vers des régions où cette maladie est endémique. Dans ces circonstances, le risque théorique réduit de la vaccination est contrebalancé par le risque d'une infection par la fièvre jaune. Le même raisonnement peut être appliqué pour les vaccins contre la fièvre typhoïde (vaccin tué injectable) et contre les méningocoques (A, C, Y, W).

Vaccins contre-indiqués

- Une grossesse connue est une contre-indication pour les vaccinations contre la rubéole, la rougeole et les oreillons. Rappelons qu'il est nécessaire de contrôler, sur base d'un document écrit, que toute femme en âge de procréer a bien été vaccinée contre la rubéole.
- Sont également toujours contre-indiqués les vaccins vivants contre la typhoïde et la varicelle, le BCG.

Immunisation passive

Il est admis que l'administration de préparations d'immunoglobulines à une femme enceinte ne fait pas courir de risque au fœtus.

Les vaccins chez les enfants d'une femme enceinte

Le vaccin RRO peut être administré en toute sécurité aux enfants d'une mère enceinte.

Le vaccin antipoliomyélite vivant (Sabin) peut aussi être administré chez les enfants d'une femme enceinte: en effet, l'expérience a démontré que le virus vaccinal contre la poliomyélite ne se transmettait pas au fœtus.

Allaitement

Tant les vaccins tués que vivants peuvent être administrés en toute sécurité, pour les mères et les enfants, pendant l'allaitement. Les vaccins inactivés ou tués ne se multiplient pas et ne présentent de ce fait aucun risque particulier pour les mères ou pour leurs enfants.

Bien que les virus atténués des vaccins vivants puissent se multiplier dans le corps de la mère, la plupart n'ont pas été retrouvés dans le lait maternel. Une exception est connue: le

virus vaccinal contre la rubéole peut être transmis dans le lait maternel. Mais ce virus n'affecte habituellement pas l'enfant, et s'il le fait, l'infection est bien tolérée.

Il n'y a pas non plus de contre-indication à la vaccination de la mère allaitante contre la fièvre jaune. Les mères allaitantes peuvent également recevoir un rappel au moyen du vaccin oral contre la poliomyélite; en cas de primovaccination, le vaccin tué (Salk) sera préféré.

L'allaitement n'affecte pas l'immunisation et n'est pas une contre-indication pour une vaccination. Les enfants nourris au sein seront vaccinés selon le schéma de routine recommandé.

La vaccination des enfants prématurés

Les enfants nés prématurément peuvent être vaccinés au même âge chronologique, selon le même schéma et avec les mêmes précautions que les enfants nés à terme.

Le poids à la naissance et la taille ne sont généralement pas des facteurs permettant de décider de postposer une vaccination de routine. Une dose entière de chaque vaccin, telle que recommandée usuellement, sera utilisée. Des doses divisées ou réduites ne sont pas recommandées.

L'enfant prématuré né d'une mère porteuse de l'HbsAg recevra aussi vite que possible après la naissance une immunoprophylaxie combinant le vaccin contre l'hépatite B et des immunoglobulines spécifiques. ■

Dr P. Trefois

Références:

General recommendations on Immunization. MMWR, January 28, 1994, Vol. 43, N° RR-1.
Geneesmiddelen bij zwangerschap. Boekdeel 1. Chris Provost. Edition Acco Leuven, 1995.

de la vaccination sur l'épidémiologie de ces maladies.

Entre 1982 et 1993, on constate une nette diminution de l'incidence tant de la rougeole que des oreillons. Une légère différence subsiste en faveur de la Flandre, sans pour autant que cela soit significatif d'un point de vue statistique.

Tableau

	rougeole/ Flandre	rougeole/ Wallonie	oreillons/ Flandre	oreillons/ Wallonie
Incidence estimée par 100 000 (1982-83)	714	1281	548	1103
Incidence estimée par 100 000 (1987-90)	79	250		
Incidence estimée par 100 000 (1991-93)	75	102	130	163

On constate également que la diminution d'incidence est particulièrement importante entre les âges de 1 et 9 ans: par exemple pour la rougeole, on passe de 13 137 cas relevés pour 100 000 habitants en 82-83 à 877 pour 100 000 en 91-93.

Complications

Les complications -la plus fréquente étant l'otite moyenne, la plus importante la pneumonie- se présentent dans près de 15% des cas de rougeole. Les oreillons donnent lieu à des complications chez 4% des enfants atteints, -1,2% font une méningo-encéphalite et 0,9% une orchite-.

21 patients sur 1000 ont dû être hospitalisés du fait d'une rougeole, et 12 patients atteints d'oreillons sur 1000.

Enfin, d'après le réseau des médecins vigies, près de 90% des enfants entre 1 et 4 ans sont vaccinés contre les deux maladies.

Rappel à 11-12 ans

Entre 1991 et 1993, en Flandre, l'incidence de la rougeole a augmenté dans le groupe d'âge des 10-14 ans (de 204 à 376/100 000). Ceci s'explique probablement du fait de la vaccination -à dose unique vers 15 mois- à grande échelle depuis 1985. Le taux de vaccination des enfants nés avant 1984 est peu important, et le premier contact de ces enfants avec le virus a été retardé par la baisse continue de l'incidence dans la population globale. On peut donc s'attendre, dans un contexte d'incidence globale basse, à voir la proportion de cas de rougeole augmenter progressivement au sein des cohortes nées avant 1984. C'est notamment pour cette raison que dans un avis du 31 mars 1993, le Conseil Supérieur d'Hygiène recommandait de généraliser l'administration d'une dose de rappel à l'âge de 11-12 ans. ■

Dr V. Van Casteren - IHE

Références:

Surveillance de la rougeole et des oreillons par les médecins vigies de 1982 à 1993.
J. Van der Veken et V. Van Casteren. Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie.

Rougeole et oreillons

INCIDENCES EN BAISSSE

La vaccination avec le trivalent rougeole-rubéole-oreillons est largement pratiquée depuis 1985. La baisse d'incidence des cas -tant de rougeole que d'oreillons- relevés par le réseau des médecins vigies est spectaculaire au cours des dernières années. Dans le contexte actuel, on pourrait assister à un glissement de l'apparition de ces maladies vers l'âge adulte. La généralisation de l'administration d'une dose de rappel vers l'âge de 11-12 ans est recommandée.

Depuis 1982, le réseau des médecins vigies enregistre les cas de rougeole et d'oreillons détectés dans la pratique des médecins concernés, et diagnostiqués sur base des signes cliniques. Cet enregistrement permet d'estimer l'influence

Hépatite B

CHEZ LES ENFANTS ADOPTÉS

L'hépatite B est un des problèmes de santé importants chez les enfants adoptés originaires du Tiers Monde. Diverses études ont montré que, lors de l'adoption d'un enfant venant d'un pays où l'hépatite B est endémique, le risque de transmission horizontale au sein de la famille adoptive est important.

62% des enfants étrangers adoptés en Belgique, pour la période 1981-1988, proviennent d'Asie (Inde, Corée, Sri-Lanka, Philippines et Indonésie), 32% d'Amérique centrale et du Sud (Chili, Colombie, Haïti, Guatemala et Brésil), 5% d'Afrique (Rwanda et Ile Maurice) et 1% de l'ex-bloc de l'Est. La part relative des pays de l'Est s'accroît depuis 1988.

Dans ces régions, la prévalence de l'HBsAg (porteurs de virus) varie entre 2 et 15%, ce qui est beaucoup plus élevé qu'en Europe occidentale. Parmi les enfants adoptés en Roumanie, on trouve même des pourcentages de 35%.

Quelques études ont montré que 33 à 100% de ces porteurs de virus étaient aussi HBeAg-positifs, et étaient donc particulièrement contagieux.

Transmission

Les taux d'infection par le virus de l'hépatite B parmi les familles exposées à un enfant adoptif HBsAg positif, varient entre 9 et 61%.

La transmission du virus se fait le plus souvent dans la première année d'adoption, est la plus fréquente lorsque l'enfant adopté est âgé de moins de 3 ans et est dépendante de la durée d'exposition au virus.

Il n'est actuellement pas démontré que les parents adoptifs courent un risque plus élevé que les frères et sœurs de l'enfant adopté. Les enfants font plus souvent une infection subclinique avec évolution silencieuse; de ce fait, beaucoup de cas passent inaperçus.

Recommandations

- Une information et un accompagnement des (futurs) parents adoptifs sont essentiels, ceci dans l'intérêt de l'enfant adopté et de l'aboutissement de tout le processus d'adoption. Ils doivent recevoir une information exacte et univoque sur les problèmes potentiels de santé en général, et sur le risque d'hépatite B en particulier.

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. Patrick 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.

- Chaque enfant adopté doit être soigneusement examiné. Si l'enfant adopté est HBsAg positif, tous les membres de la famille devront être vaccinés. C'est une recommandation des *Centers for Disease Control* aux E-U depuis 1985. Cette recommandation ne s'applique pas uniquement aux enfants adoptifs.

Dans les pays à basse endémie, il n'est pas nécessaire de pratiquer un screening avant la vaccination. Ce screening n'a de sens que si l'enfant adopté séjourne depuis déjà plus d'un an dans la famille (la contamination a déjà pu se produire).

- En cas de contacts accidentels percutanés ou entre muqueuses, il est indiqué d'administrer aux connaissances ou membres de la famille non protégés des immunoglobulines spécifiques comme prophylaxie.

En Belgique, il n'existe jusqu'ici aucune recommandation officielle de vaccination des familles adoptives lorsque l'enfant adopté est porteur du virus de l'hépatite B. Si nous voulons bloquer cette forme de transmission, il y a un besoin urgent de directive claire de vaccination, avec remboursement des vaccins. ■

Dr P. Van Damme
UIA

Références:

- Garmijn K, Eeckels R, Eggermont E. Medisch onderzoek van buitenlandse adoptiekinderen. Tijdschr voor Geneesk, 1993; 49: 721-726.
- Friede A, Harris J R, Kobayashi J M et al. Transmission of hepatitis B virus from adopted Asian children to their American families. Am J Public Health. 1988; 78: 26-29.

Une large bibliographie est disponible sur demande.