



Vaccination RRO

CHEZ LES ENFANTS ALLERGIQUES AUX OEUFS

Chez des enfants présentant une allergie aux oeufs, la vaccination RRO devrait se faire suivant le calendrier vaccinal habituel, à l'âge de 15 mois. La vaccination doit cependant être effectuée dans un environnement médical adéquat.

La vaccination des enfants allergiques aux oeufs avec le vaccin Rougeole, Rubéole et Oreillons demeure un sujet de controverse à cause du risque potentiel de choc anaphylactique.

L'atténuation des virus de la rougeole et de la rubéole est en effet obtenue par passages successifs sur des cultures de fibroblastes d'embryons de poulet. Le vaccin contient donc des quantités infimes (de l'ordre du nanogramme) de protéines susceptibles de provoquer une réaction allergique. Bien que l'on dispose à présent de plusieurs études prouvant que l'administration d'une dose de vaccin RRO ne présente pas de risque pour les enfants allergiques aux oeufs, l'Académie américaine de pédiatrie recommande toujours l'utilisation d'un test cutané et, en cas de résultat positif, une désensibilisation par six injections de doses progressives du vaccin.

Deux études publiées, l'une en 1994, dans le British Medical Journal, et l'autre en 1995, dans The New England Journal of Medicine rapportent toutes deux des expériences de vaccination avec le vaccin RRO chez des enfants reconnus allergiques aux oeufs (par la clinique et par un test cutané aux extraits d'oeufs).

Dans la série américaine, 54 enfants allergiques aux oeufs ne présentèrent aucune réaction immédiate ou tardive à la suite de l'injection du vaccin RRO, y compris les trois enfants ayant eu une réponse positive au test cutané au vaccin.

Dans l'étude anglaise, 242 enfants allergiques aux oeufs

Sommaire

● VACCINATION RRO p. 1 - 2

- Chez les enfants allergiques aux oeufs

● INTRAMUSCULAIRES p. 2 - 3

- Polio oral et injections intramusculaires d'antibiotiques

● POLIOMYÉLITE p. 3

- Le syndrome post-poliomyélitique

● TETANOS p. 4 - 5

- Qui est protégé ?

- Schéma d'intervention en cas de blessure

● PNEUMOCOQUES p. 6

- Vaccin disponible

● HERPÈS GÉNITAL p. 7 - 8

- Vacciner pour réduire la récurrence ?

● QUESTIONS/RÉPONSES p. 8

- Existe-t-il des vaccins actifs contre les bronchites récidivantes chez le jeune enfant ?

reçoivent un vaccin trivalent et aucun n'a présenté de complications. De plus, bien qu'un test cutané au vaccin fut positif chez 1,2% des enfants, aucun de ceux-ci ne présentèrent une réaction à l'injection de la dose complète de vaccin trivalent.

De l'ensemble des études dont on dispose actuellement sur la vaccination RRO d'enfants allergiques aux oeufs, on peut tirer les conclusions suivantes:

- 99% des enfants qui ont une allergie aux oeufs prouvée par une épreuve d'ingestion peuvent être vaccinés sans avoir de réaction anaphylactique,
- 99,75% des enfants ayant un test cutané positif peuvent recevoir le vaccin sans risque.

De plus, les réactions secondaires de type anaphylactique déclarées au système de pharmacovigilance du CDC d'Atlanta depuis 1990 sont au nombre de 25.

Une allergie de l'enfant aux oeufs n'a été confirmée chez aucun de ces enfants. Les réactions de type anaphylactique rencontrées lors de l'utilisation du vaccin RRO seraient donc liées à une substance différente des protéines de l'oeuf.

En pratique, on peut dès lors estimer qu'il n'y a pas de base scientifique bien établie pour proposer de réaliser un test cutané ou une désensibilisation au vaccin rougeole chez des enfants présentant une allergie aux oeufs.

Il faut donc absolument éviter de poser une fausse contre-indication à la vaccination RRO sur base d'une allergie aux oeufs, prouvée ou non.

La vaccination RRO devrait se faire chez ces enfants suivant le calendrier vaccinal habituel, à l'âge de 15 mois.

Il faut éviter de retarder inutilement la vaccination RRO chez l'enfant allergique aux oeufs, par la multiplication de tests cutanés qui ne sont pas prédictifs d'une réaction allergique secondaire à cette vaccination.

Cette vaccination sera cependant effectuée dans un environnement médical pouvant assurer une surveillance permettant une prise en charge rapide de toute urgence éventuelle. ■

Dr B. Swennen

Références:

- John M James and all: Safe administration of the measles vaccine to children allergic to eggs. *N Engl J Med* 1995;332:1262-6.
- Richard Aickin and all: Measles immunisation in children with allergy to egg. *Brit Med J* 1994; 309:223-5.

Intramusculaires

POLIO ORAL ET INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES D'ANTIBIOTIQUES

Les injections intramusculaires thérapeutiques dans les 30 jours qui suivent l'administration du vaccin oral contre la poliomyélite représentent un facteur de risque pour la survenue d'une poliomyélite paralytique associée au vaccin.

Depuis plus de 20 ans, on constate en Roumanie 5 à 17 fois plus de poliomyélites paralytiques associées au vaccin que dans d'autres pays: 1 cas pour 178 000 doses contre 1 pour 1,46 millions de doses.

Une neurovirulence accrue du virus vaccinal peut être exclue sur base d'une étude dans différents laboratoires indépendants.

D'ailleurs, depuis 1990, le vaccin trivalent oral contre la poliomyélite était importé d'Europe occidentale.

Méthodologie de l'étude

Des collaborateurs des *Centers for Disease Control and Prevention* aux Etats-Unis et le Ministère Roumain de la Santé Publique ont mené une étude de janvier 1988 à décembre 1992, afin d'identifier la cause de la forte augmentation de la poliomyélite paralytique associée au vaccin.

31 enfants roumains présentant une poliomyélite associée au vaccin ont été comparés à un groupe contrôle de 150 enfants vaccinés et indemnes de paralysies.

Résultats

- 27 enfants (87%) ont reçu des injections IM d'antibiotiques (pénicilline, kanamycine, ampicilline ou gentamycine: 2 à 4 injections par jour) dans les 30 jours suivant l'administration du vaccin polio oral (au total 454 injections, soit 16,8 par enfant);
- 98% des paralysies associées au vaccin surviennent après la 1ère dose du polio oral;
- le risque de poliomyélite paralytique s'accroît pour chaque injection IM supplémentaire;
- il n'y a pas de corrélation entre la survenue de paralysies et des injections I.M. données avant ou simultanément au vaccin polio oral;
- il n'y a pas de corrélation significative entre l'apparition de paralysies et l'injection du vaccin DTP.

Dalakas et al. des *National Institutes of Health* (Etats-Unis) ont pu démontrer que des injections I.M. multiples conduisent à la dégénérescence du tissu musculaire, dans lequel les virus de la poliomyélite se multiplient très rapidement, avec une migration possible vers les nerfs moteurs régionaux.

Conclusions

La paralysie poliomyélitique est provoquée par des injections I.M. multiples d'antibiotiques dans les 30 jours après administration du vaccin polio oral.

Commentaires du Prof. Dr R. Clara

En Roumanie, tout comme dans les pays en développement, on recourt souvent à l'administration d'antibiotiques injectables pour des infections modérément graves de l'enfant. Dans les pays occidentaux, les antibiotiques sont administrés aux jeunes enfants pratiquement toujours per os. Le remplacement des antibiotiques I.M. par des préparations orales ou intraveineuses peut diminuer l'incidence en Roumanie d'un facteur de 10 et l'amener au niveau des autres pays.

Une vaccination précoce, alors que l'enfant possède encore des anticorps maternels, peut aussi contribuer à prévenir la survenue d'une poliomyélite paralytique associée au vaccin.

Une injection isolée ne s'accompagne pas d'un risque accru.

Les données publiées ne doivent pas servir de prétexte pour nier les incontestables progrès enregistrés dans la lutte contre la poliomyélite grâce à l'utilisation du vaccin oral trivalent contre le virus polio. L'OMS a d'ailleurs une nouvelle fois confirmé le 23 octobre 1995 sa confiance dans le vaccin polio oral, qu'elle considère comme étant le meilleur moyen d'éradiquer la poliomyélite pour l'an 2000. ■

Références:

- Strebel P M et al. Intramuscular injections within 30 days of immunization with oral poliovirus vaccine. A risk factor for vaccine-associated paralytic poliomyelitis. *N Engl J Med* 1995;332: 500-6.
- Wright P F, Karzon D T Minimizing the risks associated with the prevention of poliomyelitis. *N Engl J Med* 1995; 332: 529-30.
- Dalakas M C et al. Intramuscular injection and vaccine-associated poliomyelitis. *N Engl J Med* 1995; 333: 62-63.

Polio

LE SYNDROME POST-POLIOMYELITIQUE

Les médecins sont peu familiarisés aux séquelles à long terme de la poliomyélite aiguë. Celles-ci représentent néanmoins un handicap sérieux pour les patients

atteints. Des conseils adaptés peuvent améliorer leur situation.

En 1984, Dalakas et ses collaborateurs des *National Institutes of Health* de Bethesda (USA) introduisait le concept de «syndrome postpoliomyélitique»: un spectre d'atteintes neuro-musculaires qui peuvent survenir auprès de patients qui ont contracté dans le passé une poliomyélite antérieure aiguë.

Les auteurs distinguaient:

- une diminution des fonctions motrices sans composante de faiblesse musculaire. Souvent ceci allait de pair avec des douleurs articulaires, de la fatigabilité et une endurance réduite;
- une diminution des fonctions motrices et un accroissement de la faiblesse dans les muscles qui avaient été atteints lors de l'infection poliomyélitique, mais qui avaient bien récupéré. En outre la faiblesse peut survenir dans des muscles qui étaient restés épargnés au stade aigu. Parfois ceci va de pair avec des douleurs musculaires.

Ce sont principalement ces dernières atteintes, reprises sous le nom «d'atrophie musculaire progressive post-poliomyélitique», qui ont créé beaucoup d'inquiétude chez de nombreux patients atteints antérieurement de poliomyélite.

Il y a encore des questions non résolues en ce qui concerne l'origine et la progression de la maladie.

Une évolution tardive

Dalakas et al. ont tenté de donner une réponse à ces questions. Pour ce faire, ils ont mené une enquête auprès d'un groupe de 27 patients porteurs de séquelles de l'infection poliomyélitique, et qui après au moins 15 ans développaient de nouveaux symptômes de faiblesse musculaire.

Les études électrophysiologiques et histochimiques qu'ils ont mené montraient des signes de dénervation chronique. Sur cette base, ils en venaient à l'hypothèse suivante: après l'infection poliomyélitique, les cellules antérieures motrices qui restent épargnées reprennent la fonction des neurones moteurs atteints qui sont dans leur voisinage. Par le biais d'une «arborescence» au départ des cellules antérieures motrices intactes, de nombreuses fibres musculaires dénervées sont à nouveau innervées.

Après de nombreuses années de fonctionnement normal, quelques fibres nerveuses meurent cependant progressivement. Les cellules antérieures motrices ne sont sans doute plus en état de continuer à innervé une grande quantité de fibres musculaires.

En se référant au décours de la maladie chez les personnes atteintes «d'atrophie musculaire progressive post-poliomyélitique», il apparaît de l'étude de Dalakas que les symptômes débutent environ 28,8 (15-54) années après l'infection poliomyélitique, et que la force du muscle atteint perd par année environ 1 %.

Chez les patients atteints d'hypoventilation nocturne par faiblesse de la musculature intercostale et diaphragmatique, une insuffisance respiratoire chronique peut progressivement apparaître des années après la survenue de la poliomyélite. Une ventilation assistée nocturne peut dans ces cas être indiquée (et même vitale).

On ne dispose pas de données claires permettant de chiffrer le risque de faire un syndrome «d'atrophie musculaire progressive post-poliomyélitique». Certains auteurs parlent de 25 %, d'autres de 70 %.

Adapter la prise en charge

Les patients atteints d'un syndrome post-poliomyélitique peuvent souvent être aidés par des conseils adaptés. Chez ces patients, on doit rechercher un facteur aggravant du syndrome, telle une surcharge du travail demandé aux muscles, par rapport à leur capacité. Ainsi la surcharge pondérale, le travail trop lourd et les déplacements prolongés vers le lieu de travail ont une influence négative. Ce sont principalement les muscles ayant partiellement récupéré de l'infection poliomyélitique qui forment le chaînon le plus faible. ■

Prof. Dr R. Clara

Références :

1. Dalakas MC, Sever JL, Madden DL, et al. Late postpoliomyelitis muscular atrophy : clinical, virologic and immunologic studies. *Rev Infect Dis* 1984; 6: S562-7.
2. Dalakas MC, Elder G, Hallet M, et al. A long-term follow-up study of patients with post-poliomyelitis neuromuscular symptoms. *N Engl J Med* 1986; 314 : 959-63.
3. Perry J, Gucker T. Late effects of poliomyelitis. *Muscle Nerve* 1986 ; 9 (suppl) : 119.
4. Editorial. Late sequelae of poliomyelitis. *Lancet* 1986; ii : 1195-1196.
5. De Visser M. Het post polio-syndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987, 131 : 1703-1705.
6. Halstead L.S. Grimby G. (Ed) *Post-Polio-Syndrome* St.Louis, Mosby, 1995.

(rappel recommandé tous les 10 ans).

Une étude récente publiée dans le *New England Journal of Medicine* attire l'attention quant à l'entretien de l'immunité anti-tétanique (2,3,4).

Il y a peu de raisons pour supposer que la situation en Belgique puisse être fort différente.

10168 Américains âgés de plus de 6 ans ont été inclus dans l'étude durant la période 1988-1991.

Il en ressort qu'environ 70% de la population américaine dispose d'un taux sérique d'anticorps antitétaniques protecteur (2).

Influence de l'âge

De très importantes différences sont observées selon les catégories d'âge.

Dans la catégorie des 6 à 11 ans, 88% des enfants ont suffisamment d'anticorps. Ce taux reste au delà de 80% pour la catégorie de 6 à 39 ans.

A partir de l'âge de 40 ans, le nombre de personnes ayant un taux suffisant d'anticorps baisse cependant rapidement. On passe de moins de 50% pour les plus de 50 ans à seulement 28% au delà de 70 ans.

A partir de 40 ans, on remarque également une différence notable entre les hommes et les femmes: les hommes ont considérablement plus de chances d'avoir des anticorps; ceci est en rapport avec le service militaire, mais aussi avec un risque accru de blessures qui induit une plus grande probabilité de recevoir une injection de rappel à l'occasion de soins de plaie.

La probabilité de trouver une immunité chez les femmes de plus de 70 ans est d'environ 20%.

Temps écoulé depuis la dernière dose

La probabilité d'être immunisé (comme l'atteste la présence d'anticorps dans le sérum) baisse ainsi qu'on pouvait s'y attendre en fonction du temps écoulé depuis la dernière injection.

Dans la catégorie des 6 à 16 ans, on a établi que :

- si la dernière injection date de moins d'une année, une immunité protectrice est présente chez 95% des enfants;
- 1 à 5 ans après la dernière injection, cette immunité est présente chez 86%, 6 à 10 après chez 72% et 11 ans ou plus après chez 70%.

Importance de la vaccination de base

En utilisant les données publiées antérieurement à propos des 107 cas de tétanos recensés aux Etats-Unis entre 1989 et 1990, on a pu examiner la relation entre le risque de tétanos et l'immunité protectrice estimée en fonction de l'âge.

La plupart des cas de maladie et de décès par tétanos se produisent dans la catégorie ayant le moins de chance d'avoir une immunité protectrice: 63 des 107 cas de tétanos (58%) et 15 des 20 décès (75%) ont touché le groupe d'âge des 60 ans et plus.

Tétanos

QUI EST PROTÉGÉ ?

L'incidence du tétanos a spectaculairement chuté au cours des dernières décennies du fait de la vaccination systématique, dès les premiers mois de vie, avec la toxine inactivée (anatoxine tétanique).

En principe, pour aller plus loin dans la prévention totale du tétanos, il faudrait veiller à un traitement des plaies correct, administré à temps et accompagné d'une prophylaxie anti-tétanique adaptée, et à un entretien de l'immunité par une injection régulière d'anatoxine

SCHÉMA D'INTERVENTION EN CAS DE BLESSURE

Toutes les blessures : chirurgie, soins

Blessures de moins de 6 heures, propres, non pénétrantes; peu de délabrement tissulaire

Etat de l'immunité	Traitement
A	rien
B	rien
C	1 dose de vaccin
D	vaccination complète

A personne ayant reçu une vaccination complète (3 doses) ou 1 rappel, moins de 5 ans auparavant.

B personne ayant reçu une vaccination complète (3 doses) ou un rappel, plus de 5 ans et moins de 10 ans auparavant.

C personne ayant reçu une vaccination complète (3 doses) ou un rappel plus de 10 ans auparavant.

D personne n'ayant reçu aucune vaccination complète ou dont l'état immunitaire n'est pas connu.

Toutes les autres blessures (synonyme de risque de tétanos)

Etat de l'immunité	Traitement
A	rien
B	1 dose de vaccin
C	1 dose de vaccin + immunoglobulines antitétaniques humaines (5 U/kg; adultes: 250 U)
D	vaccination complète (3 doses) + immunoglobulines antitétaniques humaines (5 U/kg; adultes: 250 U)

Donner des immunoglobulines uniquement en présence de plaies souillées, pénétrantes ou de délabrement tissulaire **et** si la vaccination de base (ou le rappel) date de plus de 10 ans, est incomplète ou non connue.

Les personnes âgées sont donc clairement le groupe à risque pour le tétanos, et toute opportunité est bonne pour régulariser leur couverture vaccinale: chaque personne qui n'a jamais été vaccinée doit recevoir une série complète d'injections (les 2 premières injections avec 4 à 6 semaines d'intervalle, la 3ème injection environ 1 an plus tard).

Pratiquement tous les cas de tétanos surviennent chez des personnes qui n'ont jamais reçu la série de base complète, et/ou qui ne reçoivent pas un traitement adéquat au moment d'une blessure (3,5).

Une constatation remarquable est aussi que, malgré le taux de vaccination élevé (plus de 95% des enfants américains en âge de scolarité ont au moins reçu les 3 injections exigées), on ne trouve un taux suffisant d'anticorps que chez 80 à 90% d'entre eux.

Après les 3 injections minimum exigées, il existe donc bien une baisse progressive des anticorps.

Ceci souligne la nécessité du calendrier qui prévoit que 5 injections soient effectuées pour l'âge de 6 ans (ce qui est la règle aux Etats-Unis, tout comme en Belgique, où la 5ème injection est administrée aux enfants de 6 ans).

En outre, un rappel doit être donné dans l'adolescence (14-16 ans), suivi d'une injection de rappel tous les 10 ans.

Il y aura toujours une forte réponse d'anticorps après une injection d'anatoxine tétanique chez quelqu'un qui a déjà été complètement vacciné, même si c'est 25-30 ans auparavant; mais il faut bien un délai de 4 à 7 jours pour que la production d'anticorps chez une telle personne soit lancée et pour qu'un taux sérique protecteur soit atteint.

On peut entretemps développer un tétanos, du fait que le temps d'incubation minimal est de 1 à quelques jours (en moyenne entre 3 jours et 3 semaines).

Il est essentiel de détecter les blessures présentant un risque élevé de tétanos: ce sont principalement les plaies contuses ou les écrasements, les piqûres par écharde de bois, clou ou épine, les blessures souillées de terre ou d'excréments d'animaux, ou les morsures et griffes d'animaux (6).

Dans ces cas, l'administration de gammaglobulines spécifiques est essentielle pour toute personne qui n'a jamais été vaccinée, ou trop longtemps auparavant, ou de façon incomplète.

Ces gammaglobulines doivent être associées, selon les cas, à un rappel de vaccination ou à une primovaccination complète (3 doses).

Dans le contexte d'épidémie de diphtérie en ex-URSS, on a établi par études sérologiques que 20 à 60% des adultes de pays occidentaux sont réceptifs à la diphtérie.

Ce chiffre est encore plus élevé dans la catégorie des personnes âgées de plus de 40 ans.

Dans ce cas également, on peut dire que l'on ne produit pas des anticorps pour toute la vie après la vaccination de base de l'enfance, mais que des injections de rappel sont nécessaires tous les 10 ans du fait que l'immunité n'est plus stimulée par la voie naturelle (4).

Pour ces raisons, il est indiqué d'utiliser un vaccin combiné «Td» (anatoxine tétanique associée avec une dose adaptée d'anatoxine diphtérique*) chaque fois qu'un rappel

antitétanique est indiqué, et ce également dans le cadre des soins de plaies. (2, 4).

Le patient d'aujourd'hui sera peut-être un voyageur demain. ■

Prof. Dr Van Gompel (IMT)

* disponible en Belgique sous le nom Tedivax Pro Adulto

Références:

- 1) Guide for adult immunization. American College of Physicians. Sec. Edition 1994; p.130-133.
- 2) Gergen P. et al. A population-based serologic survey of immunity to tetanus in the United States. N Engl J Med 1995; 332:761-766.
- 3) Gardner P. Laforce L. Protection against tetanus. Letter to the editor. N Engl J Med 1995; 333:599.
- 4) Sutter R. et al. Protection against tetanus. Letter to the editor. N Engl J Med 1995; 333:600.
- 5) Precots R. et al. Tetanus surveillance - United States, 1989-1990. MMWR 1992; 41(SS-8):1-9
- 6) Recommandation d'immunisation antitétanique en cas de blessures. Ministère de la Santé Publique. Edition 1981 p. 12 - 15.

Pour la pratique

On retiendra que la bonne tactique de prévention du tétanos repose:

- sur une vaccination de base complète dans l'enfance et sur l'administration d'un rappel tous les 10 ans;
- sur l'injection de gammaglobulines dans les cas considérés à risque de tétanos (voir tableau page précédente).

Pneumocoques

VACCIN DISPONIBLE

La vaccination anti-pneumococcique est recommandée à des groupes précis de la population, du fait de l'incidence élevée et croissante des infections, de la gravité des complications et du phénomène de multirésistance du pneumocoque aux antibiotiques. (*)

Disponible depuis quelques semaines en Belgique sur simple ordonnance, le vaccin anti-pneumococcique est venu s'ajouter à la liste des vaccinations de l'adulte. (**)

Il s'agit en fait d'un vaccin polyvalent, actif contre 23 sérotypes différents de pneumocoques représentant 94% de l'ensemble des pneumocoques circulants en Belgique.

Les pneumocoques sont de loin les germes les plus fréquemment impliqués dans les pneumonies de communauté (*community-acquired pneumonia*) (1), mais ils sont également les premiers responsables chez l'adulte des

méningites bactériennes et des sinusites (2).

Les cas de pneumocoques sont estimés à 20.000 par an en Belgique (3) et, en outre, cette incidence élevée est en augmentation (4); ceci est peut-être lié à une meilleure détection et à l'augmentation de la résistance aux antibiotiques.

Les décès par pneumococcie, estimés dans notre pays à 2000 par an, ont décru chez les jeunes, mais restent stationnaires chez les personnes âgées.

La résistance à certains antibiotiques augmente avec le temps en Belgique: elle atteint par exemple 17% pour l'érythromycine et la tétracycline, et 4% pour la pénicilline.

Cette multirésistance atteint des proportions inquiétantes dans certains pays voisins comme l'Espagne, où un nombre croissant de pneumocoques (près de 50%) ne répondraient plus à la pénicilline (2).

Contrairement au virus de l'Influenza, l'infection à pneumocoques est endogène (10 à 70 % de porteurs sains) et fait généralement suite à une infection respiratoire virale qui fragilise les défenses de l'arbre respiratoire et permet l'invasion par le pneumocoque (5). Ceci explique que le risque s'étale sur toute l'année avec un léger pic en hiver.

Selon le Conseil Supérieur d'Hygiène, trois groupes de personnes sont concernées par la vaccination :

- les personnes de 60 ans et plus avec une priorité pour les personnes institutionnalisées,
- les adultes de plus de 45 ans immunocompétents souffrant d'une affection chronique (diabète, maladies pulmonaire, cardiaque, rénale et hépatique, malnutrition, cancer, alcoolisme,...)
- toutes les personnes de plus de deux ans dont l'immunité est compromise (greffés, infection VIH) avec une mention spéciale pour les patients à haut risque de pneumococcie (myélome multiple, Hodgkin, splénectomie,...).

Le vaccin anti-pneumococcique actuel n'est malheureusement pas immunogène chez les enfants de moins de 2 ans et n'est donc pas efficace pour eux.

La mise au point d'un vaccin conjugué (similaire au vaccin Hib) permettra de combler cette lacune.

Une seule dose est nécessaire.

Actuellement, on considère que dans certains cas particuliers, un rappel peut être envisagé, mais toujours en respectant un délai d'au moins 5 ans en raison du risque élevé d'effets secondaires.

Le vaccin peut être administré en même temps que celui contre l'influenza, mais à un autre endroit.

L'efficacité vaccinale est de 60% et diminue avec l'âge et l'altération des défenses immunitaires (6). Par contre, la présence de certains facteurs de risque ne semble pas affecter ce taux de protection. Cette efficacité n'est pas si faible qu'il y paraît étant donné le nombre absolu de cas évités.

En outre, une analyse économique a montré que le traitement des pneumonies à pneumocoques coûtait quatre fois plus cher que la vaccination de 80% des personnes à risque (7).

Dans une étude américaine, on a constaté que deux tiers des patients souffrant d'une pneumococcie sévère ont été hospitalisés au moins une fois dans les cinq années précédentes (8). C'est pourquoi, toute personne à risque sortant de l'hôpital, quel que soit le motif de l'hospitalisation, pourrait se voir proposer la vaccination. L'opportunité de vacciner lors d'une consultation ambulatoire ou lors d'une admission dans une maison de repos est également à envisager.

En conclusion, ce sont donc l'incidence élevée et croissante, la gravité des complications parmi lesquelles la mortalité incompressible des personnes âgées, et le traitement de plus en plus difficile dû à la résistance aux antibiotiques, qui justifient d'inclure la vaccination anti-pneumococcique dans la pratique de médecine générale. ■

Dr R. Snacken (IHE)

(*) Voir aussi Vax Info n° 7 p. 4 et 7

(**) Pneumovax 23 (Mérieux)

Références

- (1) Meyer RD. et al. Community-acquired pneumonia. J Hosp Infect 1992; 22 (Suppl A): 51-59
- (2) Verhaegen J., Glupczynski Y. Surveillance des infections à pneumocoques en Belgique. Medisearch 1992; 59: 1-6
- (3) Vandepitte J. Who is afraid of the Pneumococcus ? Acta Clin Belg 1993; 48: 143-147
- (4) Ducoffre G. et al. Evolution des infections à pneumocoques en Belgique de 1986 à 1991. Acta Clin Belg 1993; 48: 148-155
- (5) Mandell GL. et al. Principles and Practice of Infectious Diseases - Churchill Livingstone (1990, third edition 7 Broadway, NY 10036: 1539-1550)
- (6) Pneumococcal polysaccharide vaccine.- Recommendations of the ACIP. MMWR 1989; 38: 64-76
- (7) Sisk JE., Riegelmann RK. Cost-effectiveness of vaccination against pneumococcal pneumonia : an update. Ann Intern Med 1986, 104: 79-86
- (8) Fedson DS. Influenza and Pneumococcal Immunization Strategies for Physicians. Chest 1987; 91: 436-443.

Herpès génital

VACCINER POUR RÉDUIRE LA RÉCURRENCE ?

La mise au point d'un vaccin pourrait permettre le contrôle des épisodes récurrents d'herpès génital.

Les problèmes posés par l'herpès génital sont loin d'être négligeables. En cause dans 95% des cas le virus herpès simplex de type 2 (HSV-2) et dans 5% l'herpès simplex de

type 1 (HSV- 1).

La complication de loin la plus fréquente de cette infection virale est la récurrence.

Selon certaines études, près de 5% de la population aux Etats-Unis présenterait un herpès génital récidivant. Celui-ci peut récidiver pendant des décades, bien que la fréquence des récurrences décline habituellement au cours du temps.

Lors d'examens prénataux, on retrouve des anticorps anti HSV-2 chez 5 à 40% des patients, selon le pays, le type de population, les habitudes sexuelles de l'individu...

L'herpès génital est ainsi une des maladies sexuellement transmissibles les plus fréquentes dans les pays occidentaux.

La transmission de l'herpès génital

L'herpès est transmis lors de relations sexuelles avec une personne infectée.

La transmission survient habituellement en présence d'ulcérations, mais peut aussi se produire en l'absence de lésions visibles. En effet, seul un tiers des personnes infectées développent des ulcérations sur les muqueuses génitales. Un autre tiers n'a pas de lésions notables et le dernier tiers est asymptomatique.

Dans les couples où seul un des partenaires souffre d'un herpès génital, la transmission du virus à l'autre partenaire survient avec un taux de 5 à 30% par an.

La présence d'un herpès labial préexistant confère une immunité partielle, qui peut réduire le risque de contamination ou la sévérité de l'herpès génital.

Un contact oro-génital peut entraîner la transmission du virus de l'herpès simplex de type 1 aux parties génitales du partenaire.

L'herpès peut aussi être transmis de la mère à l'enfant: une infection d'herpès génital survenant durant le travail est susceptible de provoquer une infection du bébé dans à peu près 1 naissance sur 3000 à 30 000 (selon les populations étudiées). L'infection est alors très sévère: 40% des nouveau-nés décèdent d'herpès systémique; les bébés survivants risquent des problèmes de développement intellectuel.

Prévention et traitement de l'herpès génital

La durée des poussées d'herpès génital peut être réduite par un traitement aux antiviraux.

Un traitement continu avec ces médicaments peut aussi prévenir les récurrences cliniques.

Mais l'administration continue, la vie durant, de médicaments antiviraux à tous les patients présentant des poussées récidivantes d'herpès génital n'est pas une approche réaliste sur le plan de la santé publique.

De toute façon, elle n'éliminerait pas la transmission de la maladie.

La vaccination est dès lors considérée comme la seule voie réaliste pour contrôler ou prévenir la maladie.

Un virus bien organisé

L'HSV-2 a développé des stratégies sophistiquées pour échapper partiellement à l'action du système immunitaire. La première est sa capacité de se cacher dans les ganglions sensitifs sacrés, où il reste à l'état latent sans synthétiser de protéines; cette particularité le rend indétectable par le système immunitaire.

Son deuxième atout réside dans son aptitude à contrôler l'action du système immunitaire de la cellule hôte infectée: celle-ci ne présente aucun fragment de protéine virale à sa surface, ce qui rend le virus «invisible» pour le système immunitaire.

En outre, l'HSV-2 synthétise des «récepteurs» qui inactivent les anticorps en bloquant leurs extrémités normalement reconnues par les macrophages.

Ainsi, par ces diverses stratégies, le virus de l'herpès «escamote» la défense de l'hôte.

Un nouveau champ de la vaccination ?

Une des faiblesses du virus de l'HSV-2 est que, contrairement au virus HIV, il ne mute pas rapidement. Cette stabilité permet d'envisager une prévention vaccinale. Pourtant, le recours aux applications traditionnelles de la vaccinologie, c'est à dire à l'induction d'anticorps contre l'infection, est insuffisant pour protéger contre l'HSV-2.

En effet, la prévention de l'herpès oro-labial ou génital nécessite la présence de taux importants d'anticorps à la surface des muqueuses, puisqu'il s'agit là de la voie naturelle de contamination par le virus.

Afin de conférer une protection à long terme, ces anticorps devraient rester présents constamment au niveau des muqueuses. C'est là une difficulté majeure et on considère actuellement la prévention totale de l'infection due à l'HSV-2 comme virtuellement impossible à obtenir.

Néanmoins, on considère qu'il est possible de limiter ou de prévenir l'apparition de symptômes cliniques en inhibant la réplication du virus.

Les expérimentations animales ont montré que l'immunité cellulaire est essentielle pour prévenir les lésions induites par le virus de l'herpès.

Parmi les antigènes de surface de l'HSV-2, une protéine -la glycoprotéine D- s'est confirmée être une bonne cible d'attaque. Ceci en fait sans doute une excellente base pour la mise au point d'un nouveau type de vaccin.

Dans cette approche, on pourrait parler de vaccin thérapeutique puisque son objectif est de réduire l'expression clinique d'une infection déjà présente, mais à l'état latent. Ce nouveau vaccin est actuellement en phase d'expérimentation clinique. Rendez-vous dans les prochains mois pour une présentation des résultats de cette étude... ■

Dr P. Trefois

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. Patrik Trefois, rue du Viaduc 72 à 1050 - Bruxelles.
Un membre du Groupe de Réflexion Scientifique "Vaccination" y répondra dans un prochain numéro.

Questions/réponses

Existe-t-il des vaccins actifs contre les bronchites récidivantes chez le jeune enfant?

Il n'y a aucun vaccin polymicrobien qui permette de prévenir les bronchites récidivantes répétées chez le jeune enfant. On n'a jamais démontré qu'une protection spécifique contre la bronchite était donnée par les vaccins polymicrobiens disponibles sur le marché (aussi bien les formes orales que parentérales).

Un éventuel effet favorable sur les infections des voies respiratoires supérieures reste à démontrer.

Les préparations parentérales peuvent provoquer des effets secondaires désagréables.

Ces vaccins ne sont actuellement repris dans aucun schéma de vaccination de l'enfance.

Chez les enfants atteints d'infections chroniques graves des voies respiratoires, il peut être indiqué d'administrer le vaccin contre la grippe (pour les enfants de moins de 6 ans: 2 injections à intervalle de 4 semaines). Le vaccin anti-pneumococcique peut aussi offrir une protection aux enfants de plus de 2 ans. ■

Prof. Dr R. Clara

Vaccin contre la grippe

CHEZ LES ADULTES EN BONNE SANTÉ ?

La vaccination d'adultes en bonne santé contre le virus de l'Influenza présente des avantages de santé substantiels et est également raisonnable sur le plan économique.

C'est la conclusion d'une étude de l'Université du Minnesota (1), menée auprès de 849 employés adultes en bonne santé âgés de 18 à 64 ans. Durant les mois d'octobre-novembre 1994, ceux-ci ont reçu de manière randomisée soit le vaccin contre la grippe, soit un placebo. Pendant les 4 mois suivants, les personnes vaccinées se sont avérées avoir 25% d'infections des voies respiratoires supérieures en moins (105 contre 140 épisodes pour 100 personnes). Puisque le vaccin offre uniquement une protection contre le virus de l'Influenza et que l'étude n'examinait pas combien d'infections des voies respiratoires supérieures étaient provoquées par ce virus, on peut déduire qu'au moins 35 des 100 personnes touchées l'ont été par la grippe (la différence entre 140 et 105).

Les personnes vaccinées ont aussi été moins absentes à leur travail (43% de jours en moins), aussi bien pour les infections respiratoires supérieures (70 jours contre 122 par 100 personnes), que pour des maladies en général. On n'a pas mis en évidence de différence entre les plus jeunes et les plus âgés. L'avantage économique de la vaccination (comparaison des coûts de la vaccination et des coûts liés aux visites médicales et à l'absentéisme) a été estimé à près de 47\$ par personne.

Cela signifie-t-il pour autant que la vaccination contre la grippe ne doit plus être réservée uniquement aux patients âgés (65 ans et plus) ou chroniques, mais doit être étendue aux adultes en bonne santé?

Un commentaire concomitant met en évidence que le nombre estimé de cas d'influenza est beaucoup plus élevé que ce qui est établi par d'autres études (entre 4 à 15% de cas de grippe par an chez des adultes sains). Si l'on part de ce pourcentage plus bas, la vaccination est alors beaucoup moins efficiente en terme de coûts.

Néanmoins, la vaccination peut être indiquée dans des entreprises et des secteurs où l'absence pour raisons de maladie peut entraîner des pertes importantes de productivité, ou peut mettre en danger certains services essentiels.

La vaccination est également recommandée dans les groupes où le risque de contamination est plus important (par exemple le personnel des hôpitaux).

Les otites

Une autre étude récente (3) étudiait les effets de la vaccination contre la grippe chez de jeunes enfants entre 6 et 30 mois qui fréquentent une crèche.

Sur les 186 enfants étudiés, la moitié ont été vaccinés. Pendant les mois de pointe pour les infections à influenza, on a observé chez les enfants vaccinés 32% d'épisodes d'otites moyennes aiguës en moins (28% pour les épisodes d'otites moyennes aiguës graves).

Il n'y avait aucune différence significative avant (novembre-décembre) et immédiatement après (mi-février à mi-mars) la période de grippe.

Puisque les infections virales sont responsables de la majorité des otites moyennes aiguës, il semble indiqué de vacciner contre la grippe les enfants sensibles pour ces infections qui fréquentent une crèche. ■

Références:

- (1) Nichol KL et al The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults, N Engl J Med 1995 333:889-93
- (2) Patriarca PA & Strikas RA Influenza vaccine for healthy adults ? N Engl J Med 1995 333:933-4
- (3) Clements DA et al, Influenza A vaccine decreases the incidence of otitis media in 6- tot 30-month-old children in day care Arch Pediatr Adolesc Med 1995 Oct 149:1113-7.