



VAX

No. 16
OCTOBRE 1996

Vax info

SOUFFLE SES 5 BOUGIES

Vous avez entre les mains le seizième numéro de Vax Info. Vous êtes de plus en plus nombreux à nous transmettre vos questions, vos encouragements. Nous vous en remercions: nous savons ainsi que cette publication est appréciée et qu'elle répond à un besoin spécifique.

Comment sont rédigés les articles de Vax Info ? Ils sont basés sur les études scientifiques publiées dans les revues les plus prestigieuses, ainsi que sur des livres de référence incontestés.

Chaque article est lu par chacun des 18 membres du Groupe de Réflexion Scientifique «Vaccination», puis débattu lors d'une réunion: arguments, contre-arguments, corrections, nuances s'échangent et il en est fidèlement tenu compte pour l'établissement du texte final publié. En l'absence de consensus au sein du groupe, certains articles sont éliminés; d'autres sont remis à une date ultérieure pour pouvoir être retravaillés en profondeur. La procédure est contraignante mais la qualité et la crédibilité sont à ce prix.

Vax Info n'existerait pas sans les membres du Groupe de Réflexion Scientifique «Vaccination». Ce sont eux qui garantissent la rigueur de cette publication. Ils parviennent à y consacrer, malgré leurs nombreuses autres activités, une part de leur temps et de leur énergie. Et ceci dans un climat où l'enthousiasme, le respect mutuel et la bonne humeur sont au rendez-vous de chaque réunion. Qu'il nous soit permis de les remercier à l'occasion de ce 5ème anniversaire.

Sommaire

● EDITORIAL p. 1

- Vax Info souffle ses 5 bougies

● VACCINATION p. 2 - 3

- Opinions fausses et contrevérités

Cet article donne des réponses à des affirmations erronées des opposants à la vaccination.

● NOUVEAUX VACCINS p. 3 - 4 - 5

- Trop d'injections ?

La multiplication des vaccins à administrer aux nouveau-nés interpelle bien des médecins. Une mise au point sur ce problème.

● HEPATITE B p. 5 - 6 - 7

- Nouveau-nés de mères positives pour l'AgHBs

La prévention de la transmission verticale mère/enfant est simple et codifiée. Pourtant, deux études montrent que cette stratégie de prévention n'est pas encore appliquée de façon optimale.

● GRIPPE p. 7

- Vaccin contre la grippe pour les adultes en bonne santé ?

La vaccination contre l'Influenza est recommandée de manière large pour certains groupes de population.

● QUESTIONS/REPONSES p. 8

- Vaccination contre la diphtérie et le tétanos

Réponses à trois situations spécifiques.

Grippe

Composition des vaccins antigrippaux pour 1996/1997

L'OMS recommande la formule suivante:

- souche type A/Wuhan/359/95/ (H3N2)
- souche type A/Singapore/6/86 (H1N1)
- souche type B/Beijing/184/93

Par rapport à la composition de l'année précédente, la première souche remplace une souche type A/Johannesburg/33/94 (H3N2).

Notons que les producteurs de vaccins peuvent utiliser des souches analogues (A/Nanchang/933/95; A/Texas/36/91; B/Harbin/7/94). Celles-ci portent d'autres noms, ce qui peut jeter le trouble dans les esprits. Elles présentent pourtant des caractéristiques antigéniques équivalentes. D'ailleurs, les virus spécifiques choisis doivent être approuvés par le Ministère de la Santé.

exemple, met en jeu 25 à 50 antigènes. Les vaccins modernes contiennent seulement les antigènes nécessaires à la protection. En comparaison avec l'exposition antigénique après infection naturelle, celle qui suit une vaccination n'est qu'une charge supplémentaire négligeable pour le système immunitaire. Celui-ci dispose d'un potentiel énorme: il y a 10.000 milliards de cellules-B (productrices d'anticorps) dans un organisme humain. A n'importe quel moment, le corps peut produire jusqu'à 100 millions de molécules d'anticorps différentes.

Des études ont également montré que les vaccinations ne sont pas responsables d'une sensibilité accrue pour d'autres affections (notamment les infections bactériennes invasives).

Un quatrième argument est développé par les opposants à la vaccination: «le tétanos, la diphtérie et la coqueluche sont des affections faciles à traiter. La rougeole est une maladie d'enfance banale que les enfants doivent contracter pour développer une immunité naturelle.»

En réalité, il s'agit d'affections dont la morbidité et la létalité n'ont guère baissé au cours des 50 dernières années, et qui connaissent la plupart du temps une évolution sévère, voire très grave. En outre, on en est souvent réduit à des traitements symptomatiques.

Le **tétanos** reste toujours une maladie extrêmement grave, grevée d'une létalité de 10% dans les services de soins intensifs les mieux équipés, où sont appliquées une trachéotomie systématique, une respiration assistée, une curarisation... Le fait que le tétanos soit devenu exceptionnel n'est pas la conséquence de l'élimination du *Clostridium tetani* du sol (des spores sont présentes dans 2 à 23% de tous les échantillons de terre). Le tétanos reste un danger que nous devons prévenir par un rappel de vaccination, faisant suite à une vaccination de base, tous les 10 ans (de préférence combiné avec un rappel antidiphtérique -*Tedivax Pro Adulto*-).

La **diphtérie** est encore et toujours une maladie exceptionnellement grave, avec des symptômes comme le croup, une atteinte myocardique (50%), des paralysies (4 à 10%) et une mortalité de 4 à 10% (mais qui peut atteindre 30%). En 1959, on comptait encore en Belgique 1.313 cas, et de 1960 à 1969, 1.752 cas avec 55 décès. Les derniers cas datent de 1983.

L'expérience en ex-Union Soviétique démontre qu'en cas de négligence de vaccination, la diphtérie réapparaît très rapidement, y compris chez les adultes. C'est un argument important en faveur du maintien d'une stratégie de vaccination et d'une administration de rappels après l'enfance.

Vaccination

OPINIONS FAUSSES ET CONTREVÉRITÉS

(2ème partie)

De nombreuses fausses idées circulent encore à propos de la vaccination. Nous clôturons la publication entamée dans notre numéro précédent, afin de réfuter une série d'affirmations erronées.

Un troisième argument erroné porté à l'encontre de la vaccination est celui-ci: «des vaccinations répétées avec plusieurs antigènes pourraient conduire à un épuisement du système immunitaire. Le système immunitaire ne pourrait finalement plus être stimulé à produire des anticorps».

Le système immunitaire humain a le pouvoir de réagir à de très nombreux antigènes différents par des anticorps de diversité infinie. Le système immunitaire des jeunes enfants est quotidiennement inondé par des dizaines de nouveaux antigènes via la nourriture, l'inhalation ou les agents infectieux. Une banale inflammation de la gorge, par

La plupart des médecins et des parents ne sont plus familiers de la clinique de la **coqueluche**. Cette affection peut être extraordinairement grave. Ce sont principalement les nouveau-nés qui peuvent en souffrir sérieusement : 20 à 30 accès de toux («chant du coq»). Ce stade paroxystique peut durer 12 semaines et conduire à un épuisement complet et au décès. Grâce à la vaccination, la coqueluche a fortement régressé dans les pays avec un taux de vaccination élevé, comme aux Etats-Unis, en France, en Belgique, aux Pays-Bas, en ex-RDA; ce n'est pas le cas dans les pays où l'immunisation a été négligée comme en RFA, en Italie et en Russie. Les conséquences néfastes de la maladie sont 10.000 fois plus importantes que celles de la vaccination. Ceci apparaît de façon évidente à la lecture du tableau 1 «Incidence comparée des complications majeures liées à la maladie et après vaccination».

Le danger de la **rougeole** est entre autres démontré dans 3 études menées auprès de patients atteints de cette maladie, l'une aux Pays-Bas en 1965 (10.702 personnes), les autres en Angleterre et au Pays de Galle en 1963 (53.000

personnes) et en 1976 (9.000 personnes). Les résultats sont repris au tableau 2. ■

Prof. Dr R. Clara

Références

- Cherry J.D. et al. Report of the Task Force on Pertussis and Pertussis Immunization. Pediatrics 1988; 81 (suppl.): 939-984.
- Clara R. in: Vandepitte J., Wauters G. en Pellegrims E. (red) 1995. Vaccinatie: pag 14-32. Garant. Leuven - Apeldoorn.
- Sanford J.P. Tetanus - Forgotten but not gone. N Engl J Med. 1995; 332: 812-3.
- Hoevenaars H.A.M. Mazelenonderzoek. Eindrapport van het NHG. Huisarts en Wetenschap. 1967; 10: 201-12.
- Miller D. L. Severity of notified measles. Brit Med. J. 1978; 1:1253.
- Griffin R. et al. No increased risk for invasive bacterial infection found following diphtheria-tetanus-pertussis immunization. Pediatrics. 1992; 89: 640-2.
- Joffe S. et al. Diphtheria-tetanus toxoids-pertussis vaccination does not increase the risk of hospitalization with an infectious illness. Pediatr Infect Dis. J. 1992; 11: 730-5

TABLEAU 2. Pourcentages des différentes complications dues à la rougeole aux Pays Bas, en Angleterre et au Pays de Galle (Hoevenaars H., Miller D.)

	Pays Bas	Angleterre et Pays de	
Année	1965-66	1965-66	1965-66
Nombre de cas	10.702	10.702	9.000
Convulsions	0,3%	0,3%	0,5%
Encéphalite	0,15%	0,1%	0,1%
Autres complications du système nerveux central et troubles du comportement	0,1%	0,2%	0,2%
Complications pulmonaires	10,0%	4,0%	4,0%
Otite	8,6%	2,5%	5,0%
Hospitalisation	0,5%	1,0%	1,4%
Décès	0,01%	0,02%	0,02%

TABLEAU 1.

Incidence comparée des complications majeures liées à la maladie et après vaccination.

Complications		Liées à la maladie	Post-vaccination
Diphthérie	Croup	+	-
	Myocardite	50/100	-
	Paralysie	4 à 10/100	-
	Décès	4 à 30/100	0
Tétanos	Décès	10-65/100	0
Coqueluche	Séquelles permanentes	10/100	0
	Collapsus	-	6/10.000
	Pleurs liés à la douleur	-	1/1.000
	Convulsions	1,5 à 3/100	1,5 à 6/10.000
	Lésions cérébrales	1 à 2/1.000	0
	Séquelles pulmonaires	3/1.000	0
	Décès	1 à 4/1.000	0
		1/100 < 6 mois	
Poliomyélite	Paralysie	0,1 à 1/100	1/2.500.000 doses
	Décès	10/100	0
Rougeole (Pays industrialisés)	Pneumonie	3,8 - 7,3/100	0
	Convulsions	0,3 - 0,5/100	0,02 - 190/100.000
	Encéphalite	0,5 - 1/1.000	1/1.000.000
	Panencéphalite sclérosante subaiguë	0,5 - 2/100.000	0,05 - 01/1.000.000
	Décès	1/10.000 à 1/4.000	0
Rubéole	Syndrome de rubéole congénitale	1/14.000	0
Oreillons	Meningo-encéphalite	18 à 25/10.000	0
	Méningite	1/400 (clinique) à 15/100 (subclinique)	1/4.000 à 1/11.000 (Souche Urabe) 0 (Souche Jeryl-Lynn)
	Orchite	20 - 30/100 (apr. puberté)	0
	Décès	1,6 à 3,4/10.000	0

Nouveaux vaccins

TROP D'INJECTIONS ?

On peut prévoir, grâce aux techniques de biologie moléculaire et de génie génétique, la mise au point d'une dizaine de nouveaux vaccins au cours de la prochaine décennie. La disponibilité croissante de vaccins de qualité a pour corrolaire le seuil de tolérance quant à leur administration: **71% des parents, 76% des infirmières et 59% des médecins se disent préoccupés par le nombre d'injections que les nourrissons doivent déjà actuellement recevoir lors d'une même consultation.**

La meilleure solution réside dans le développement de vaccins combinés immunisant contre plusieurs affections.

Provisoirement, l'administration simultanée de différents antigènes (éventuellement après mélange) peut partiellement résoudre ce problème.

Administration simultanée de différents antigènes —

Pendant les 15 premiers mois de sa vie, un enfant doit recevoir 9 vaccins différents. Le nourrisson, dès l'âge de 3 mois doit subir trois injections (DTP, Hib et hépatite B) et absorber en même temps le vaccin polio oral (OPV).

Si l'on veut obtenir une bonne compliance de la part des parents, il est indispensable d'administrer autant de vaccins qu'il est possible au cours d'une consultation. Ainsi, une étude des *Centers for Disease Control* (Etats-Unis) de 1991-1992 montre que l'administration simultanée d'un nombre aussi grand que possible de vaccins permet d'accroître de 54% à 83 % la proportion de nourrissons bénéficiant d'un schéma vaccinal complet.

Il n'y a aucun obstacle scientifique à cette pratique: l'administration simultanée des vaccins habituels de la petite enfance, à des sites différents (de préférence pas plus d'une injection par membre), n'interfère pas avec l'installation d'une immunité adéquate et n'accroît pas la fréquence des effets secondaires.

Pourtant, seuls 33% des 17.227 enfants en âge scolaire de 21 centres, qui devaient recevoir simultanément différents vaccins (conformément au calendrier en vigueur aux Etats-Unis : DTP, OPV, RRO), les ont reçus simultanément. Les raisons principales invoquées étaient la peur de l'augmentation de fréquence et de la gravité des effets secondaires ainsi que la diminution possible de la réponse immunitaire. Ces craintes sont non fondées. Déjà en 1986, aussi bien l'*Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) que l'*American Academy of Pediatrics* ont recommandé d'administrer autant de vaccins que possible au cours de la même consultation.

Une enquête à Rochester (New-York) a révélé que ce sont surtout les médecins qui se font (à tort) du souci sur l'administration conjointe de vaccins: 82% des médecins contre 62% des parents préfèrent étaler les vaccinations contre différentes affections au cours de consultations successives. Néanmoins, les parents acceptaient sans problème l'administration simultanée de vaccins lorsque celle-ci était proposée par le médecin.

La combinaison des antigènes inactivés entre eux ou avec des virus vivants atténués ne pose aucun problème.

Lorsque c'est possible, les vaccins à virus vivants peuvent être donnés simultanément pour améliorer la compliance, et ceci bien qu'il y ait une possibilité théorique, mais non démontrée, d'interférence entre les antigènes (voir tableau).

Recommandations pour l'administration d'antigènes différents

Combinaison d'antigènes différents.	Intervalle recommandé entre les différents vaccins
≥ de 2 antigènes tués	Aucun. Peuvent être administrés simultanément ou avec n'importe quel intervalle entre les différents vaccins.
Vaccins vivants et tués	Aucun. Peuvent être administrés simultanément ou avec n'importe quel intervalle entre les différents vaccins.
≥ de 2 antigènes vivants	Le RRO et l'OPV peuvent être donnés à n'importe quel intervalle. Ceci vaut également pour l'OPV et le vaccin typhus oral (bien que le producteur conseille d'attendre 3 jours entre l'administration des 2 vaccins). Pour les autres, théoriquement 4 semaines d'intervalle, mais peuvent être administrés simultanément pour améliorer la compliance.

Les vaccins combinés —

Il existe depuis bien longtemps des vaccins combinés, tels que le DTP, l'OPV, le RRO, les vaccins antipneumococciques (23 antigènes) et les vaccins anti-influenza A et B.

Les vaccins combinés présentent de nombreux avantages: moins de consultations médicales, moins d'injections, et en conséquence une meilleure compliance. Sans combinaison des vaccins existants, un élargissement futur important du programme de vaccination ne semble pas réalisable.

1. Vaccins inactivés

Récemment, de nouveaux vaccins combinés ont été mis au point. Ainsi, des études auprès d'enfants ont montré que le nouveau vaccin DTP-hépatite B est très immunogène. La même conclusion est valable pour le DTP-Haemophilus influenzae type b (DTP-Hib), le DTP-IPV et le DTP-Hib-IPV, qui sont déjà commercialisés dans divers pays.

Différentes études font apparaître que le vaccin Hib peut être mélangé dans une seringue avec le vaccin DTP, sans perdre d'efficacité ou accroître les effets secondaires locaux ou systémiques. Mais il est opportun de se limiter aux combinaisons dont la compatibilité est établie cliniquement. Pour la Belgique, il y a les possibilités suivantes: Triamer-ActHib et Tetract-Hib; Combivax + ActHib en Combivax + Hib Titer (non mentionné sur la notice).

2. Vaccins vivants atténués

Le problème de ces vaccins est l'interaction possible entre les virus atténués qui peuvent réduire la réaction immunitaire à l'un d'entre eux. Du fait de ce problème, ces vaccins ne combineront peut-être au maximum que 4 à 5 antigènes différents. La combinaison RRO avec la varicelle est actuellement testée, avec succès apparemment.

Prof. Dr. R. Clara.

Références:

- King G.E. & Haldler S.C. Simultaneous administration of childhood vaccines: an important public health policy that is safe and efficacious. *Pediatr Infect Dis J*, 1994; 13: 394-407.
- Centers for Disease Control and Prevention. General Recommendations on Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 1994; 43 (No. RR-1) : 7 : 1-38.
- Dietz V.J. et al. Potential Impact on Vaccination Coverage Levels by Administering Vaccines Simultaneously and Reducing Dropout Rates *Arch Pediatr Adolesc Med*.1994; 148: 943-949.
- Guyer B. & Hughart N. Editorial-Increasing Childhood Immunization Coverage by Improving the Effectiveness of Primary Health Care Systems for Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1994; 148: 901-902.
- Woodin K.A. et al. Physician and Parent Opinions-Are Children Becoming Pincushions From Immunizations? *Arch Pediatr Adolesc Med*.1995 ; 149 : 845-849.
- Trefois P. (Red.) La vaccination en Questions. Question Santé. Bruxelles.
- Edwards K.M. & Decker M.D. Combination vaccines: hopes and challenges. *Pediatr Infect Dis J*. 1994 ; 13 : 345-7.
- Vax-Info, 1995; 12:5.
- Vax-Info, 1995; 13:7.
- Miller M.A. et al. Safety and Immunogenicity of PRP-T Combined with DTP: Excretion of Capsular Polysaccharide and Antibody Response in the Immediate Post-Vaccination Period-*Pediatrics* 1995; 95: 522-7.
- Vesikari T. et al. Evaluation of Live Attenuated Varicella Vaccine (OkarIT Strain) and Combined Varicella and MMR Vaccination in 13-17 Month-Old Children *Acta Pediatr Scand* 1991; 80 : 1051-1057.
- Brunell P.A. et al. Combined Vaccine Against Measles, Mumps, Rubella, and Varicella. *Pediatrics* 1988 ; 814 : 779-84.

BREVES

Depuis le 15 mai, le vaccin tétravalent Act-Hib + Triamer (*Haemophilus influenzae* type b - diphtérie - tétanos - coqueluche) a changé de nom: il s'appelle dorénavant Tetract - Hib. La seringue a deux compartiments, dont l'un contient le vaccin lyophilisé Act-Hib et l'autre le Triamer liquide qui fait office de soluté. Tetract-Hib est administré selon le schéma de vaccination classique à 3, 4 5 et 13-14 mois.

Il n'y a pas de changement pour le remboursement (catégorie B).

repose sur un dépistage généralisé de l'AgHBs chez toutes les femmes enceintes, et en cas de positivité sur l'administration d'immunoglobulines et du vaccin au nouveau-né, dès la naissance. Les deux injections se font simultanément, à des sites différents.

La vaccination généralisée des nouveau-nés et des adolescents contre l'hépatite B est désormais recommandée dans notre pays. Cette stratégie permettra, d'ici 10 à 20 ans, de réduire fortement l'incidence de cette pathologie. Pendant ce laps de temps, la stratégie de protection des personnes à risques reste essentielle. Elle concerne notamment la transmission verticale mère-enfant, caractérisée par le passage du virus de la mère à l'enfant pendant la période néonatale. Le risque moyen est de 40% (chez les mères HBeAg-positives: 95%; chez les mères HBeAg-négatives:15%). La contamination survient dans 95% des cas pendant l'accouchement.

Une étude récente menée aux Etats-Unis, dans le Connecticut, souligne l'importance d'un dépistage et d'un suivi systématiques des femmes positives pour l'AgHBs. Le programme consistait en une information de toutes les femmes positives pour l'AgHBs avant leur accouchement, et une notification aux pédiatres et services d'accouchements de ce statut de positivité. Les mesures de prévention prises étaient suivies par un programme informatisé automatisé. Dans ce cadre, le taux de vaccination a atteint 91%, contre 48% chez des enfants qui n'étaient pas inclus dans le programme.

Deux enquêtes récentes, l'une menée en Région flamande, l'autre en Wallonie et à Bruxelles-Capitale, démontrent une mésinformation et un manque de rigueur dans ce domaine.

Les promoteurs de ces études nous en commentent les résultats. De nombreuses questions restent posées: à l'échelle de notre pays, quelle est la proportion de femmes enceintes bénéficiant du dépistage, et celle de nouveau-nés concernés adéquatement protégés par l'administration du vaccin et des immunoglobulines?

EN WALLONIE ET À BRUXELLES

Une étude, conduite par Provac (ULB) au cours de l'été 1995, auprès d'un échantillon représentatif de femmes accouchant dans les maternités de la Région Wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale, avait pour objet de mesurer la disponibilité de l'information sur le statut sérologique Hépatite B des mères au cours de leur séjour en maternité. La collecte de l'information a été effectuée en consultant le dossier médical des parturientes à la maternité. Au total, les dossiers de 300 mères, réparties dans les différentes maternités de la Communauté française ont été consultés pendant leur séjour en maternité.

Hépatite B

NOUVEAU-NÉS DE MÈRES POSITIVES POUR

La prévention de la transmission verticale mère-enfant

Résultats et commentaires

Dans 91,3% des dossiers, des informations concernant le suivi prénatal ont été retrouvées. Mais, dans 38,7% des cas, le statut sérologique des femmes pour l'hépatite B n'y figurait pas. Lorsqu'un dosage de l'AgHbs était noté et daté (29% seulement de l'échantillon total), il a été réalisé en moyenne au cours de la 17^{ème} semaine de grossesse. Pour la majorité des femmes (92%) dans le dossier desquelles un dosage a été noté, celui-ci a été unique.

De cette étude il ressort que, bien que le suivi prénatal soit important en Communauté française de Belgique, la transmission des informations utiles au moment de l'accouchement est trop aléatoire. En terme de santé publique, cette carence dans la transmission de l'information a deux conséquences:

- un risque accru de ne pas prévenir une transmission verticale par la fausse réassurance qu'il y a à croire qu'un résultat absent équivalait à un résultat négatif
- l'augmentation des coûts du dépistage de l'infection par la multiplication des tests sérologiques à faire, en urgence, au moment de l'accouchement.

Quelle approche pourrait-on proposer ?

Selon les résultats d'une étude hollandaise, **la stratégie qui consiste d'une part en un dépistage sérologique HBV systématique des femmes lors de la 14^{ème} semaine de grossesse et d'autre part en un dépistage sérologique en urgence à l'accouchement pour celles qui ne l'auraient pas eu en prénatal, a prouvé son efficacité.** Elle permet d'atteindre une importante couverture du dépistage (97% des parturientes). Dans cette étude, le dosage sérologique a été réalisé dans 87% des cas au cours du suivi de grossesse et dans 10% des cas au moment de l'accouchement.

Cette étude révèle également que si l'incidence de mères porteuses chroniques est de 1,6% pour celles testées à la 14^{ème} semaine, elle est de 4% chez les mères testées à l'accouchement. Les femmes non suivies en prénatal appartiennent le plus souvent aux groupes les plus à risque de portage chronique de l'HBV: les femmes émigrées venant de régions endémiques, les femmes toxicomanes ou encore les femmes ayant de nombreux partenaires sexuels. Dans notre pays, zone de faible endémicité, la situation épidémiologique de l'hépatite B est assez comparable à celle des Pays-Bas. Par contre, en Belgique, les accouchements se déroulent principalement en milieu hospitalier alors qu'aux Pays-Bas, un nombre important d'entre eux ont lieu à domicile. A priori, il n'y aurait donc pas de raison de croire que l'application de la stratégie hollandaise soit plus difficile à mettre en place chez nous ou qu'elle ne puisse être aussi efficace. ■

Dr B. Swennen

EN FLANDRE

En Belgique, depuis le 20 août 1991, le vaccin contre l'hépatite B est totalement remboursé pour les nouveau-nés de mères HBsAg-positives (Moniteur, 20/8/91, § 33 e). En réponse à cette modification légale, l'unité d'épidémiologie et de médecine sociale de l'UIA a mené, en collaboration avec le service de pédiatrie de l'Hôpital Universitaire d'Anvers, une enquête auprès de 425 pédiatres flamands.

Le but était de tester la connaissance qu'ils avaient du remboursement du vaccin de l'hépatite B pour les nouveau-nés exposés au virus HBV, et la stratégie vaccinale qui y était associée. 36% des 425 pédiatres inscrits ont répondu. 73% des répondants sont des hommes. Leur âge moyen est de 47,3 ans et leur pratique moyenne de 17,1 années. Nous pensons qu'il s'agit-là de pédiatres qui sont particulièrement intéressés par l'hépatite B.

Résultats et commentaires

Lorsqu'un test est pratiqué chez une femme enceinte et se révèle positif pour l'HBsAg, 76% des pédiatres en sont avisés personnellement par le gynécologue. Dans 14% des cas, l'information est donnée uniquement par le dossier; il y a absence de transmission dans 2% des cas. Le mode de transfert de l'information n'est pas spécifié pour 8% des cas. Lorsque la mère est HBsAg-positive, 91% des pédiatres administrent des immunoglobulines et le vaccin. Seuls 8% d'entre eux pratiquent uniquement la vaccination. La stratégie est très différente d'un pédiatre à l'autre quant au calendrier (voir tableau).

Temps d'administration du vaccin et des immunoglobulines par rapport à la naissance

moment d'administration	Vaccin en % N=118	Immunoglobulines en % N=121
immédiatement	48,7	55,1
dans les 12 heures	2,5	5,9
dans les 24 heures	17,6	25,4
dans les 48 heures	5,9	5,9
dans les 3 jours	0	1,6
endéans la semaine	21,0	5,9
endéans les 10 jours	0,8	0
pendant le 1er mois	5,0	0

Il apparaît de l'enquête que 75% seulement des pédiatres participants sont informés de la décision de remboursement pour les nouveau-nés à risque. 11% pensent que le vaccin n'est pas remboursé et 13% n'en ont qu'une idée vague.

Il apparaît également que 83% des pédiatres n'avaient jamais été avisés du changement de loi. 17% auraient eu l'attention attirée non par le ministère, mais bien par des délégués médicaux des firmes pharmaceutiques, par la littérature, un laboratoire, l'INAMI...

Quelle approche pourrait-on proposer ?

Cette enquête montre les grandes différences dans les stratégies appliquées par les pédiatres flamands face aux nouveau-nés de mère positive pour l'AgHBs. Les divergences concernent principalement le moment d'administration. Il existe pourtant un consensus international sur le fait que les immunoglobulines doivent être administrées idéalement aussi vite que possible après la naissance. Les 12 premières heures de vie représentent la limite.

La première dose de vaccin contre l'hépatite B est donnée simultanément avec les immunoglobulines immédiatement après la naissance. L'injection est faite à des sites différents pour éviter une interaction.

Il nous apparaît très utile de tendre à une uniformisation de la stratégie de vaccination en Flandre. Une bonne information des pédiatres, gynécologues et sages femmes est pour ce faire indispensable. ■

K. De Groote ²,
P. Van Damme ²,
A. Deprettere ¹,
A. Meheus ².

1. dienst Pediatrie, UZA

2. vakgroep Epidemiologie, UIA

Références:

- Grosheide P.M. et al. Proposal for routine antenatal screening at 14 weeks for hepatitis B surface antigen. *BMJ*, 1995, 311, 1197 - 1199.
- Swennen B. et Dusart A.F. Enquête sur la connaissance du statut sérologique Hépatite B et rubéole des mères au moment de l'accouchement. Rapport Provac 1995.
- Raymond S. Hepatitis B today: clinical and diagnostic overview. *J Ped Infect Dis*, 1993; 12: 427-453.
- American Academy of Pediatrics. Hepatitis B. In: Peter G. ed. Red Book: Report of the Committee of Infectious Diseases. 23rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics: 1994; p 224-238.
- Centers for Disease Control. Hepatitis B. A comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination: recommendation of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR*, 1991; 40: 11-13.

Grippe

VACCIN CONTRE LA GRIPPE CHEZ LES ADULTES EN BONNE SANTÉ ?

La vaccination contre l'Influenza de certains groupes à risque présente des avantages de santé substantiels et a un coût économique raisonnable.

Qu'en est-il pour les adultes en bonne santé ?

Une étude de l'Université du Minnesota (1) a été 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 ou chroniques, mais doit être étendue aux adultes en bonne santé? Non, sans doute, car les conclusions de l'auteur restent controversées. Un commentaire accompagnant l'article met en évidence que le nombre estimé de cas d'influenza (25%) 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. D'autant plus qu'il a été démontré que pour maintenir une protection suffisante, la

vaccination doit être annuelle. Néanmoins, la vaccination pourrait être indiquée dans des entreprises et des secteurs où l'absence pour raisons de maladie peut mettre en danger certains services essentiels ou entraîner des pertes importantes de productivité. La vaccination épargne également des coûts dans les groupes où le risque de contamination est plus important (par exemple le personnel des hôpitaux). ■

Références:

- Nichol KL et al The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults, N Engl J Med 1995 333:889-93.
- Patriarca PA & Strikas RA Influenza vaccine for healthy adults ? N Engl J Med 1995 333:933-4.

Questions/réponses

VACCINATION CONTRE LA DIPHTÉRIE ET LE TÉTANOS

Un lecteur nous interroge quant à la vaccination contre la diphtérie et le tétanos dans 3 circonstances particulières.

Que faire pour des adultes ayant été vaccinés plus de 20 à 30 ans auparavant?

Lorsque la vaccination de base diphtérie-tétanos a été complète et documentée (3 doses selon le schéma 0 - 1 - 6 à 12), on pratique une seule injection de rappel dT (Tedivax Pro Adulto). L'immunisation doit ensuite être entretenue par l'administration d'un rappel dT tous les 10 ans.

Que faire pour les adultes n'ayant jamais reçu une primo-vaccination antitétanique/antidiphtérique (DTP ou DT) ?

On peut administrer la primo-vaccination au moyen de vaccin antitétanique ou de dT (3 doses, la seconde 1 mois après la première, la 3ème 6 à 12 mois plus tard).

La primo-vaccination contre la diphtérie doit être réservée aux personnes qui courent un risque accru de contracter la diphtérie du fait de leurs occupations professionnelles ou de leurs loisirs: voyageurs séjournant dans des pays en voie de développement ou des pays de l'Est de l'Europe, travailleurs de la santé (principalement lorsqu'ils sont en contact avec des enfants), militaires...

Enfin, quelle attitude avoir pour les adultes ayant reçu une primo-vaccination antitétanique, mais pas antidiphtérique?

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.

Les personnes à risque doivent recevoir une primo-vaccination (3 injections) à l'aide du vaccin dT (il n'existe aucun vaccin qui ne contienne que l'anatoxine diphtérique). Il existe théoriquement un risque de phénomène d'Arthus (réaction antigène-anticorps). Habituellement, ce phénomène survient uniquement après des administrations répétées d'anatoxine tétanique (comme jadis chez des enfants qui partaient en colonies de vacances, et qui étaient vaccinés annuellement!).

Pour prévenir avec certitude un phénomène d'Arthus, il faudrait attendre au moins 5 ans après la dernière administration d'anatoxine tétanique, avant de débiter la primo-vaccination. Pour une personne qui doit quand même recevoir une vaccination anti-diphtérique, p.e. en raison d'un séjour en ex-URSS, on peut, comme compromis, administrer 1/5 de la dose pédiatrique de DT (avec un seringue de 1 ml). De cette façon, il y a suffisamment d'anatoxine diphtérique, avec une dose très limitée d'anatoxine tétanique, ce qui réduit fortement le risque d'un phénomène d'Arthus. ■

Prof. Dr. R. Clara/Prof. Dr. F. Van Gompel

Références:

- Karson D.T. Edwards K.M. Diphteria outbreaks in immunized population, N Engl J Med. 1988; 318: 41-43.
- Gardner P & Schaffner W. Immunization of adults. 1993;328: 1252-8.
- Kjeldsen & al. Immunity against diphteria 25-30 years after primary vaccination in childhood. Lancet 1985 i: 900-901.
- Van Lierde S. «Massieve» reactie bij tetanus-vaccinatie. Tijdschr Geneesk. 1996; 52: 261.