

## Hépatite B

### POURQUOI VACCINER LES NOURRISSONS ET LES 11-12 ANS?

La vaccination universelle contre l'hépatite n'est pas uniquement importante pour une protection individuelle contre la maladie. Elle est également un élément essentiel dans le cadre d'une politique de santé plus globale, visant à éradiquer la maladie. Le risque de contracter une hépatite B en bas âge est faible en Belgique.

Mais la vaccination universelle des nouveau-nés et d'une cohorte d'adolescents entre dans un plan global de l'OMS, destiné à contrôler l'hépatite B à l'échelle mondiale, puis à obtenir son éradication à moyen terme. Actuellement, plus de 95 pays participent à ce plan. En Europe Occidentale, l'Allemagne, la France, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal, l'Espagne et la Suisse ont d'ores et déjà instauré des programmes de vaccination universelle contre l'hépatite B.

Par ailleurs, dans la lutte à large échelle contre une maladie infectieuse par le biais de la vaccination, les modalités concrètes et organisationnelles de l'intervention sont primordiales. Outre les aspects épidémiologiques et économiques, on doit au plus haut point tenir compte de la faisabilité d'une stratégie, ainsi que de l'objectif d'atteindre un taux de couverture vaccinale optimal. Ceci implique par exemple de greffer la vaccination contre l'hépatite B sur certains programmes de vaccination déjà existants, à savoir la vaccination des nourrissons et celle des adolescents à 11-12 ans.

#### *Les perspectives probables en terme de résultats*

La vaccination sélective -telle que pratiquée depuis plusieurs années- assure un faible degré de couverture; la plupart des groupes à risque sont difficiles à atteindre (toxicomanes p.e.) ou malaisés à identifier (personne ayant de multiples partenaires sexuel p.e.).

## Sommaire

- *HÉPATITE B p. 1 - 2*
  - Pourquoi vacciner les nourrissons et les 11 - 12 ans?
- *PRÉVENTION p. 3 - 6*
  - Vacciner après contamination? (2è partie)
  - Morsures de chiens
- *INFLUENZA p. 6 - 7*
  - Bilan 1997 - 98 et nouveautés
- *VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B p.7 - 8*
  - Prévention du cancer du foie
- *QUESTIONS/RÉPONSES p. 8*
  - Vaccination contre la coqueluche

Par contre, la vaccination universelle des enfants de 11 ans est réalisable dans les pays où existe une médecine scolaire organisée. C'est le cas en Belgique, où la vaccination par ce système permettrait d'assurer un bon niveau de couverture vaccinale.

La vaccination des nouveau-nés est également aisément réalisable dans les pays où existe, comme en Belgique, des soins organisés pour la mère et l'enfant. La vaccination par l'Office de la Naissance et de l'Enfance, mais aussi par les médecins généralistes et les pédiatres, permettrait d'assurer un taux de vaccination dépassant les 90%. Les avantages additionnels de la vaccination des nourrissons sont les suivants:

- en cas de vaccination à un âge très jeune, les chances de séroconversion et de protection dépassent 99%;
- la vaccination des nouveau-nés permettra de réduire de manière drastique le nombre de porteurs. La combinaison temporaire de la vaccination universelle contre l'hépatite B des nouveau-nés et des enfants de 11 ans associe les avantages des deux systèmes et assure à l'intervention un impact rapide, important et persistant sur l'incidence de l'hépatite B.

### *Données actuelles*

Une extrapolation à partir de données sérologiques belges, de la période 1993-1994, montre qu'environ 700.000 personnes ont déjà, à un moment ou l'autre de leur vie, été infectées par le virus de l'hépatite B (VHB); environ 70.000 d'entre elles sont devenues des porteurs du virus.

Bien que l'incidence annuelle diminue, les données de l'IHE (1991- 1992) montrent qu'environ 2.000 nouvelles infections par le VHB surviennent annuellement, malgré les mesures préventives actuelles (1).

Même si l'hépatite B est restée longtemps sous-estimée, il semble cependant, après comparaison avec d'autres maladies infantiles pour lesquelles une prévention par vaccination est possible, que le tribut payé à cette maladie est important, même dans les pays à faible endémie. Les risques spécifiques de contamination chez le jeune enfant, l'adolescent et l'adulte ne sont pas négligeables. Une étude de séroprévalence menée en Communauté française en 1992 montrait que 3,9% des adultes âgés de 18 à 29 ans et 1,9% des enfants âgés de 5 à 9 ans avaient déjà rencontré le virus de l'hépatite B. Cette étude fait apparaître que la majorité des infections à VHB, qui conduisent au portage, sont contractées durant les années d'enfance (2).

### *Evaluation économique*

L'évaluation économique montre que, pour le pouvoir public qui finance les soins de santé, la vaccination universelle contre l'hépatite B de deux cohortes (les nourrissons et une cohorte d'adolescents), possède un rapport coût-efficacité très favorable lorsqu'on le compare au rapport coût-efficacité d'autres campagnes de prévention (telles que la vaccination contre *Haemophilus influenzae* de type b, qui est environ 150 fois moins rentable que la vaccination contre l'hépatite B) (3). 89 à 93% de l'invest-

tissement immédiat (coûts actuels du vaccin et frais d'administration) pourraient être récupérés à long terme par l'INAMI via des économies dans le secteur curatif.

### *Sécurité*

La sécurité des vaccins contre l'hépatite B n'est pas seulement considérée comme excellente par les producteurs, mais aussi par l'Organisation Mondiale de la Santé; bien plus, elle est considérée comme suffisamment sûre pour que l'on utilise ce vaccin dans les programmes de vaccination universelle.

Les personnes qui s'inquiètent des risques liés à la vaccination doivent également envisager la responsabilité lors d'une infection par le virus de l'hépatite B qui surviendrait chez un sujet qui aurait pu être vacciné dans le cadre d'un programme de vaccination universelle. ■

Littérature:

- (1) Beutels M, Van Damme P, Aelvoet W, et al. Prevalence of hepatitis A, B and C in the Flemish population. *Eur J Epidemiol*, 1997; 13: 275-280.
- (2) Van Loock F, Rubbens Ch. Enquête sur la prévalence de l'hépatite B en Communauté française de Belgique. Rapport Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie, Bruxelles, Novembre 1994.
- (3) Beutels M, Tormans G, Van Damme P, Van Doorslaer E. Universele hepatitis B vaccinatie in Vlaanderen: kosteneffectief? *Tijdschr Soc Gezondh*, 1996; 74,270-279.

## COMMUNIQUÉ

### **RRO : nouveau vaccin**

La société SmithKline Beecham a enregistré le Priorix®. Ce vaccin contient une souche du virus des oreillons, dérivée de la souche Jeryl Lynn (RIT 4385 mumps virus). Les souches rougeole et rubéole sont celles classiquement utilisées dans les vaccins RRO

# Prévention

## VACCINER APRÈS CONTAMINATION ? (2<sup>ème</sup> partie)

Nous poursuivons dans ce numéro notre tour d'horizon des infections pour la prévention desquelles l'usage d'un vaccin reste pertinent, même après contamination par l'agent infectieux.

La rapidité d'intervention est évidemment un des critères majeurs de succès. Le tableau ci-après reprend des données générales pour quelques maladies infectieuses.

	temps d'incubation	période contagiosité	mode de transmission	nature du vaccin	rôle du vaccin après exposition	nature des immunoglobulines	rôle des immunoglobulines après exposition
<b>varicelle</b>	12 à 16 jours	1 à 2 jours avant jusqu'à 5 jours après disparition des premières vésicules voir texte (1)	contact avec le liquide des vésicules	vivant atténué	voir texte (2)	aspécifiques IV voir texte (3)	oui, dans des cas particuliers chez des personnes non immunisées voir texte (4)
<b>diphthérie</b>	2 à 5 jours (parfois plus)	variable voir texte (5)	gouttelettes de salive	anatoxine	non voir texte (6)	humaines, spécifiques (Berna); équine (Behring)	non voir texte (7)
<b>tétanos</b>	1 jour à 3 semaines (en moyenne 3 jours à 3 semaines)	constamment présent dans la nature	plaie contaminée	anatoxine	oui voir texte (8)	humaine	oui voir texte (8)
<b>coqueluche</b>	6 à 20 jours (en moyenne 7 à 10 jours)	dès le stade catarhal jusqu'à 3 semaines après le début des quintes (jusqu'à 5 jours après le début antibiothérapie)	gouttelettes de salive	tué; vaccin à cellules entières ou vaccin acellulaire	non voir texte (9)	(-)	(-)
<b>poliomyélite</b>	3 à 35 jours (en moyenne 7 à 14 jours)	quelques jours avant et après symptômes (via selles, 3 à 6 semaines; via toux, 1 semaine)	selles (parfois expectorations)	vaccin vivant atténué (Sabin); vaccin tué (Salk)	non (ne joue pas de rôle dans le contrôle immédiat) voir texte (10)	(-)	(-)
<b>rage</b>	7 jours à plus d'un an (en moyenne 1 à 3 mois)	contagion par la salive voir texte (11)	morsure ou léchage de plaie	virus entier tué	oui voir texte (12)	humaines spécifiques	oui (20 IU/kg) voir texte (13)
<b>méningocoque</b>	2 à 10 jours (généralement 5)	jusqu'à 24 h après antibiothérapie spécifique voir texte (14)	gouttelettes de salive	à base de polysaccharides de capsule, purifié (A, C, W, Y)	oui, dans le cadre d'épidémie voir texte (15)	(-)	(-)
<b>FSME</b>	2 à 28 jours (généralement 1 à 2 semaines)	(-)	tique infectée (en région endémique)	tué	non voir texte (16)	humaines spécifiques (non disponible en Belgique)	oui voir texte (17)

## COMMENTAIRES

### *Varicelle*

(1) La période de contagiosité est plus longue chez les personnes immunodéprimées.

(2) Le vaccin offre une protection (90%) lorsqu'il est administré dans les 3 jours du contact contaminant. Mais il ne peut pas toujours être utilisé chez des personnes courant le plus de risque du fait d'une varicelle: certains immunodéprimés, les femmes enceintes (voir «Patients immunodéprimés». Vax Info 1994; 10: 6-7). Chez les patients immunodéprimés susceptibles, après un contact contaminant, un traitement à base d'acyclovir peut s'avérer indiqué (réduction du risque de contracter l'infection ou de la sévérité de celle-ci).

(3) Lorsque les immunoglobulines spécifiques ne sont pas disponibles, (ce qui est le cas en Belgique), on peut recourir aux immunoglobulines aspécifiques (voie intraveineuse).

(4) Il s'agit entre autres de personnes comme : les immunodéprimés; les femmes enceintes qui font la varicelle ou qui ont été en contact avec une personne contaminante; les enfants prématurés ainsi que les bébés dont la maman a débuté une varicelle dans les 5 jours précédant l'accouchement ou jusqu'à 48 h après celui-ci; le personnel des services de soins intensifs néonataux ou d'un département de soins de patients leucémiques p.e. Les immunoglobulines doivent être administrées dans les 4 jours suivant le contact contaminant, de préférence dans les 24 heures.

### *Diphtérie*

(5) Les porteurs sains restent contagieux des mois durant. La contagiosité cesse dès instauration d'une antibiothérapie.

(6) Il n'y a pas de protection immédiate; un contact est néanmoins une opportunité pour une injection de rappel ou une primovaccination.

Les immunoglobulines sont utilisées à titre curatif uniquement.

(7) En cas de contact étroit, on administre une chimioprophylaxie -pénicilline ou érythromycine- et on assure un follow-up bactériologique (nez et gorge) et clinique pendant 7 jours. On n'oublie pas de faire un rappel de vaccination (selon les recommandations aux E-U, seulement nécessaire si la dernière injection remonte à plus de 5 ans) ou une primovaccination.

### *Tétanos*

(8) Il y aura généralement une forte réponse d'anticorps après une injection d'anatoxine tétanique chez quelqu'un qui a déjà

été complètement vacciné, même 25-30 ans auparavant; mais il faut un délai de 4 à 7 jours pour que la production d'anticorps chez une telle personne soit relancée et pour qu'un taux sérique protecteur soit atteint. On peut entre-temps développer un tétanos, du fait que la période d'incubation peut être de un à quelques jours.

Dans un cas de blessure avec un risque élevé de tétanos (principalement plaies contuses ou écrasements, piqûres par écharde de bois, clou, épine, blessures souillées de terre ou d'excrément d'animaux, ou morsures et griffes d'animaux), l'administration de gammaglobulines spécifiques est essentielle chez toute personne qui n'a jamais été vaccinée, ou trop longtemps auparavant, ou de façon incomplète.

Chez les personnes dont l'état d'immunité est incertain, ou qui n'ont jamais ou incomplètement été vaccinées, une vaccination complète (3 injections) est indiquée. Pour les personnes qui ont eu une vaccination complète, mais chez lesquelles le dernier rappel date de plus de 10 ans, les recommandations sont également claires: 1 dose d'anatoxine suffit, éventuellement combinée à des gammaglobulines spécifiques en cas de plaie à risque. Actuellement, lorsqu'on administre un rappel antitétanique, on choisira de préférence le vaccin combiné dT (Tedivax Pro Adulto). (Voir aussi Vax Info 1996; 14: 4-5).

### *Coqueluche*

(9) Le vaccin à cellules entières n'est plus administré après l'âge de 2 ans. A l'avenir, on utilisera peut-être systématiquement le vaccin acellulaire pour administrer des rappels après l'âge de 2 ans, étant donné que les enfants plus âgés et les adultes sont responsables des transmissions de la bactérie. Les enfants exposés sont suivis cliniquement pendant 14 jours. Une chimioprophylaxie doit être envisagée pour les contacts étroits.

### *Poliomyélite*

(10) Il n'y a pas de protection immédiate; un contact est néanmoins une opportunité pour une injection de rappel ou une primovaccination.

### *Rage*

(11) le malade est contagieux par la salive jusqu'à son décès; en pratique, pas de contamination de personne à personne.

(12) Pour une personne qui n'a jamais été vaccinée, on fait 2 injections simultanées le premier jour (+ immunoglobulines), suivies d'une injection au jour 7 et au jour 21, avec contrôle des anticorps au jour 30.

Chez une personne qui possède déjà suffisamment d'anticorps suite à une vaccination préventive, on se limite à 2 injections au jour 0 et 7 (sans immunoglobulines).

(13) On administre 20 UI/kg, la moitié autour de la blessure,

l'autre moitié en IM. Simultanément, on donne la première dose de vaccination (à un autre site). L'administration d'immunoglobulines n'a plus de sens passé un délai de 8 jours. Les immunoglobulines ne sont pas nécessaires chez une personne qui a préalablement reçu une vaccination complète.

Dans tous les cas, il faut prendre contact avec l'Institut Pasteur, Service de la rage, rue Engeland 642 à 1180 Bruxelles, pour concertation et obtention des immunoglobulines et du vaccin (tél.: 02/373.31.56 ou fax : 02/373.3 1.74. - permanence 24h/24). Une prescription médicale complétée de la vignette de mutuelle du patient doit y être adressée. Le vaccin est alors envoyé au médecin traitant, mais peut être délivré sur place dans les cas urgents. En cas de morsure par un animal vraisemblablement contaminé, il est de la plus haute importance de laver la plaie à l'eau et au savon -en effet, le virus est très sensible aux détergents-, de bien la rincer et ensuite de la désinfecter soigneusement. Bien qu'il soit recommandé de commencer la vaccination dans les 24 heures, on peut, en présence d'une morsure suspecte encourue pendant un voyage, commencer la vaccination même après le retour, après concertation avec le médecin de l'Institut Pasteur: en effet, l'incubation est la plupart du temps très longue.

### **Méningocoques A, C, W, Y**

(14) Les méningocoques disparaissent du naso-pharynx dans les 24 heures suivant l'instauration d'une antibiothérapie (fluoroquinolone ou rifampicine); un porteur sain peut cependant rester porteur des mois durant (mais contagiosité faible).

(15) Il faut 7-10 jours à dater de l'injection avant d'obtenir une protection. La vaccination ne donne pas une protection immédiate après un contact étroit avec un malade: il faut recourir à une chimioprophylaxie. La vaccination est seulement utilisée dans le cadre de poussées épidémiques d'infections à méningocoques A ou C (recommandations aux E-U: plus de 10 cas par 100.000 habitants sur une période de trois mois; ceci est donc loin d'être le cas en Belgique). Il n'y a pas encore de vaccin efficace contre le méningocoque de type B (responsable de plus de 90% des infections méningococciques en Belgique).

### **FSME**

Encéphalite à tiques d'Europe centrale ou «Frühsommer Meningo-Enzephalitis»

(16) La protection n'intervient qu'après 2 - 3 injections, ce qui nécessite quelques semaines.

(17) En Allemagne et en Autriche, on peut souvent disposer d'immunoglobulines spécifiques. Leur efficacité est de maximum 60 à 70 %. Elles doivent être administrées dans les 96 heures. L'administration au-delà du 4<sup>ème</sup> jour n'a plus de sens, et est même déconseillée en raison du risque de décours

plus fulminant de l'infection (voir Vax Info 1997; 18: 4-5).

### **Autres**

Il n'y a aucune place pour la vaccination après exposition, pas plus que d'immunoglobulines disponibles, lors de contamination potentielle par la tuberculose, le pneumocoque, l'Haemophilus influenza de type b, le virus de l'influenza, le virus de la fièvre jaune ou celui de l'encéphalite japonaise. On dispose d'immunoglobulines spécifiques contre le CMV (Ivegam CMV), mais elles sont seulement utilisées pour les patients transplantés, en prévention ou traitement d'une cytomégalovirose. ■

*Prof. A. Van Gompel, IMT  
Dr. P. Trefois*

## **MORSURES DE CHIENS**

L'indidence des morsures d'animaux est généralement peu connue. Un article récent du JAMA met en évidence l'amplitude du problème en ce qui concerne les morsures de chien. L'étude, basée sur les données enregistrées aux Etats-Unis de 1992 à 1994, par le *National Hospital Ambulatory Medical Cure Survey*, estime à 333.687 par an le nombre de nouvelles morsures de chien ayant entraîné le recours à un service d'urgence hospitalier. Sur cette base, les auteurs estiment l'incidence de morsures de chien à 12,9 pour 10.000 personnes. Les enfants entre 0 et 9 ans sont plus souvent blessés à la tête, au visage et au cou (73% des cas, contre 30% chez les plus âgés\*). Plus de la moitié des morsures surviennent au domicile. Selon *les Centers for Disease Control and Prevention*, aux Etats-Unis, une vingtaine de décès sont attribuables annuellement à des morsures de chien.

En Belgique, nous disposons des relevés recueillis dans le cadre du projet EHLASS (*European Home and Leisure Accident Surveillance System*). Ceux-ci permettent d'évaluer, pour 1995, l'incidence des morsures de chien à 9/10 chez les enfants entre 0 et 4 ans, 6/10000 pour les 5-14 ans, 4/10000 chez les 15-24 ans et 5/10000 pour les 25-44 ans et les 45-64 ans.

### **Prise en charge des morsures**

La plaie doit être très soigneusement nettoyée et ne doit pas être d'emblée suturée. En cas de morsure encourue à l'étranger, le risque d'une transmission éventuelle de la rage doit être pris en considération. La validité de la vaccination antitétanique doit impérativement être contrôlée. La prescription d'antibiotique à titre prophylactique est indiquée dans certains cas : p.e. lors d'une morsure profonde qui ne peut être adéquatement débridée et lavée, ou localisée aux mains ou aux pieds, ou datant de plus de 8 heures; chez un patient courant un risque particulier de complications (p.e. âge supérieur à 50 ans, patient

immunodéprimé ou présentant une insuffisance hépatique d'origine éthylique, etc). Le premier choix est alors l'association amoxicilline-acide clavulinique. En cas d'allergie à la pénicilline, on recourt à la doxycycline, ou à l'érythromycine chez l'enfant de moins de 12 ans et la femme enceinte ou allaitante. ■

\*Une autre étude montre que chez les personnes âgées de plus de 6.5 ans, 22% des accidents provoqués par les chiens sont constitués par des chutes (avec fracture dans 20% des cas).

#### Littérature

- Weiss H. B. , Friedman I, Coben J. H. Incidence of Dog Bite Injuries Treated in Emergency Departments. JAMA, 1998;279: 51-53.
- Folia Pharmacotheapeutica mai 1997 / Vol 24 n°5: 36.
- Julliard J. Chiens qui tuent. La Revue Prescrire, 1992; 95: 170
- Red Book 1994
- EHLASS. Annual Report

## Influenza

### BILAN 1997 - 1998 ET NOUVEAUTÉS

**Durant la saison 1997-98, les trois sous-types de virus influenza (A/H3N2, A/H1N1 et B), ont été détectés de façon inégale dans l'hémisphère nord. Après quelques isolements sporadiques, des flambées de grippe ont été signalées un peu partout en Europe dès le mois de février.**

Si les premiers isolements de virus A/H3N2, largement majoritaires durant toute la saison, étaient antigéniquement similaires à la souche vaccinale A/Wuhan/359/95(H3N2), la souche A/Sydney/5/95(H3N2) est apparue de façon inattendue et a fini par prédominer durant le reste de la période grippale. En Belgique, le nombre de syndromes grippaux observés par les médecins-vigies a augmenté significativement durant la moitié du mois de février, a atteint son pic au milieu du mois de mars et n'est retourné à des valeurs normales qu'à la fin du mois d'avril. L'intensité du pic épidémique est restée très modérée et inférieure à celle de l'année précédente. Deux indicateurs reflétant assez bien la sévérité d'une épidémie n'ont pas montré d'augmentation significative : l'absentéisme de courte durée des 39.000 travailleurs de la SNCB est resté identique à celui observé durant la même période l'année précédente, et une légère surmortalité (toutes causes réunies) a été observée pendant la période considérée, mais a été inférieure à celles observées les années précédentes (depuis 1989). Finalement, cette/ épidémie a été caractérisée par un début très tardif, en décalage avec le

pic hivernal traditionnel du Virus Respiratoire Syncytial, un impact assez faible et une durée assez longue (deux mois).

#### Efficacité du vaccin

Beaucoup de questions ont été soulevées concernant l'efficacité du vaccin suite à la circulation de la souche Sydney non incluse dans ce dernier. Des études sérologiques effectuées sur des sujets vaccinés ont montré qu'il existait une immunité croisée vis-à-vis de la souche Sydney, même si les titres moyens géométriques obtenus étaient 50% plus faibles que vis-à-vis de la souche vaccinale. Bien que l'efficacité contre cette souche que l'on n'attendait pas soit restée limitée, la vaccination est restée utile d'autant plus que les souches A/H1N1 et B qui ont aussi circulé correspondaient aux souches vaccinales. Pour rappel, la correspondance durant les 16 dernières années entre les 51 souches vaccinales et circulantes était de 88% (1) (2). Ceci montre la qualité des réseaux de surveillance de l'OMS et l'intérêt de la vaccination en général malgré l'émergence de souches variantes moins sensibles au vaccin.

L'OMS a annoncé la composition du vaccin de la prochaine saison (2). Les souches A/Sydney/5/97(H3N2), A/Beijing/262/95(H1N1) et B/Beijing/184/93 (analogue à Harbin/7/94) y seront incluses et la souche A/Wuhan/359/95(H3N2) a donc été logiquement remplacée par la souche Sydney.

#### Hong Kong

Suite à l'émergence à Hong Kong d'une souche A/H5N1 ayant donné lieu à un début inquiétant d'épidémie rapidement éteinte, l'OMS signale que la production d'un vaccin à usage généralisé n'est pas recommandée actuellement. Concernant cette souche, la méthode de fabrication habituelle sur oeufs de poulets embryonnés s'est avérée impossible vu la très haute pathogénicité de ce virus pour le poulet. De plus, cet épisode a montré la nécessité de trouver des voies alternatives de fabrication afin d'obtenir de façon très rapide des quantités importantes de vaccins.

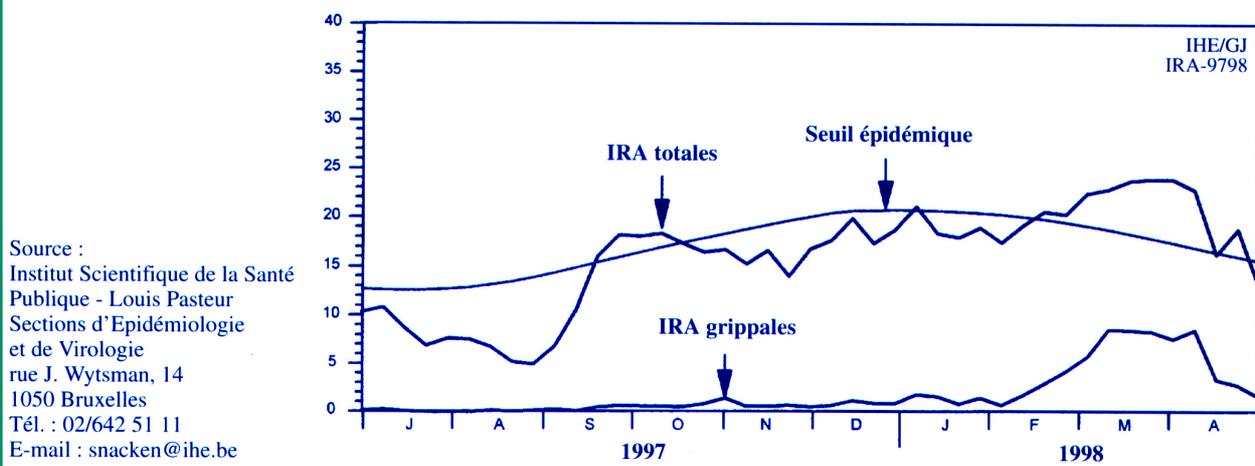
Pour accroître encore l'efficacité des vaccins actuels, plusieurs voies sont actuellement étudiées : culture cellulaire, adjuvants, neuraminidase purifiée, liposomes, virosomes, vaccins conjugués, peptides synthétiques, vaccins recombinants et vaccins à ADN nu. ■

*Prof. Dr. R. Snacken / Institut Scientifique de Santé Publique - Louis Pasteur*

#### Littérature :

- (1) Palache AM. Influenza Sub-Unit Vaccine - Ten years experience. Eur J Clin Res 1992 ; 3 : 117-38
- (2) Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 1998- 1999 season. Weekly Epidem Rec 1998 ; 73 : 56-63

**Courbe des infections respiratoires aiguës et de la grippe - situation au 26 avril 1998**



# Vaccination contre l'hépatite B

## PRÉVENTION DU CANCER DU FOIE

**La forme de cancer primaire du foie la plus commune dans le monde est le carcinome hépatocellulaire.**

Ce type de cancer hépatique survient principalement dans le sud-est asiatique, l'ouest du pacifique, l'Afrique sub-saharienne et une série de pays en voie de développement.

Les données épidémiologiques et les études de laboratoire ont démontré le lien entre l'infection à virus de l'hépatite B et le carcinome hépatocellulaire.

80% des cas de carcinome hépatocellulaire peuvent être attribués à une infection par le virus de l'hépatite B (VHB). Le VHB est le carcinogène le plus important après le tabac. Le VHB persiste principalement après une infection périnatale des nouveau-nés via leur mère porteuse du virus (chez 40 à 50% des nourrissons infectés), mais le portage chronique survient également chez 10 à 15% des adultes après infection.

En comparaison avec la population non infectée, une infection persistante due au virus VHB conduit, selon les études menées à Taiwan, à une fréquence jusqu'à 100 fois plus élevée de carcinome hépatocellulaire. Ceci est la conséquence de l'intégration du DNA viral dans le DNA chromosomal de la cellule hôte.

### L'impact de la vaccination

Une campagne de vaccination intensive à Taiwan a mené à une

chute du taux de portage du virus VHB. Parmi les enfants âgés de 6 ans, le nombre de porteurs a chuté, passant de 10% dans la période de 1981-1986, à 0,9% et 0,8% dans la période de 1990 à 1994. Ceci était la conséquence de l'augmentation du taux de vaccination qui est passé, lui, de 15% en 1984 chez les bébés nés de mère à haut risque, à un taux de 84 à 94 % de tous les nouveau-nés à partir de 1986.

La diminution importante des infections chroniques dues au VHB va de pair avec une diminution spectaculaire du carcinome hépatocellulaire; chez les enfants âgés de 6 à 14 ans, son incidence passait de 0,7 pour 100.000 pour la période 1981-1986 à 0,57 pour la période 1986-1989 et à 0,36 pour la période 1990-1994.

L'incidence du cancer hépatique diminuait de manière encore plus forte dans le groupe des 6 à 19 ans : passant de 0,52 pour 100.000 chez les enfants nés entre 1974 et 1984, à 0,13 pour le groupe né entre 1984 et 1986.

L'étude à Taiwan démontre l'effet bénéfique de l'immunisation vis-à-vis de la lutte contre le portage du virus de l'hépatite B et contre les cas de carcinome hépatocellulaire qui y sont liés.

En Europe, une vaccination universelle contre l'hépatite B pourrait prévenir annuellement 1 million d'infections, dont 90.000 infections chroniques qui entraîneront 22.000 décès par cirrhose et cancer du foie.

Ce résultat est une première dans les annales de la médecine préventive. C'est la première fois que l'on peut éviter un cancer par une vaccination. ■

*Prof. Dr. R. Clara*

### Littérature :

- Chang M.H. et al. Universal hepatitis B vaccination in Taiwan and the incidence of hepatocellular carcinoma in children. *N Engl J Med* 1997; 336: 185-9.
- Zuckerman A.J. Prevention of primary liver cancer by immunization. *N Engl J Med* 1997; 336: 1906-7.
- Schrooten P. Vaccinatie hepatitis B voorkomt leverkanker. *Artsenkrant*. 8 Aug. 1997 (1041) : p. 1 I-12.

## Questions/réponses

*Que faire face à des enfants en âge scolaire, vivant en institution, et non vaccinés contre la coqueluche pour des raisons médicales (affections neurologiques) ?*

*N'y a-t-il pas de risques d'effets secondaires désagréables liés aux composantes «tétanos» et «diphthérie» du vaccin acellulaire ?*

L'administration du vaccin acellulaire est conseillée pour les enfants qui n'ont pas été vaccinés lorsqu'ils étaient nourrissons, et ceci pour deux raisons notamment: la coqueluche reste une affection gênante, même chez l'enfant âgé de plus d'un an; par ailleurs, on a constaté ces dernières années une augmentation modérée des cas de cette infection. Le vaccin acellulaire est conseillé aux enfants présentant des affections neurologiques, afin d'éviter des aggravations éventuelles des lésions du système nerveux central lors d'une infection par *B. pertussis*. Le fait que ces enfants résident dans une institution est un argument supplémentaire pour les vacciner. Il y a en effet un grand risque qu'ils contaminent les autres enfants y séjournant.

On pourrait proposer le schéma de vaccination qui est appliqué aux enfants âgés de plus d'un an, chez lesquels l'immunisation a été négligée: 0, 2 et 12 mois (3 injections). Il y a un âge limite maximum (6 ans) pour l'administration du vaccin acellulaire actuel, en raison de la dose élevée d'anatoxine diphtérique. Dans l'avenir, on peut ambitionner de pratiquer un rappel avec le vaccin acellulaire chez tous les enfants, à 6 ans. Ceci réduirait de manière importante les cas de coqueluche à l'âge adulte, qui s'accompagnent d'un risque de transmission aux nourrissons non vaccinés.

Le remboursement du vaccin acellulaire pour la catégorie d'enfants que vous évoquez devrait être envisagée de manière prioritaire.

Votre remarque concernant le risque d'effets secondaires désagréables liés aux composantes tétanos et diphtérie du vaccin acellulaire est tout à fait pertinente. Dans les 5 années suivant une vaccination antitétanique peut survenir (exceptionnellement) un phénomène de Arthus. Après l'âge de 7 ans existe un risque d'effets secondaires déplaisants dus à l'anatoxine diphtérique. Selon la littérature, les anatoxines tétanique et diphtérique du vaccin acellulaire paraissent poser rarement problème. Néanmoins, les firmes devront mettre à l'avenir sur le marché un vaccin acellulaire contenant uniquement la composante pertussis, ou une dose moindre d'anatoxine diphtérique (cf. formule «Pro adulte»). ■

Prof. Dr. R. Clara

## 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.

Tous les articles publiés sont discutés au sein du Groupe de Réflexion Scientifique «Vaccination», composé d'experts issus de toutes les universités belges et d'organismes ou instances actifs en matière de vaccination.

Ni les auteurs, ni les experts ne sont rétribués pour leur collaboration.

Le choix rédactionnel et le contenu des articles dépendent exclusivement du secrétariat de rédaction et des auteurs, et n'engagent que ceux-ci.

Secrétariat de rédaction  
Dr. Patrick Trefois

Editeur responsable: Dr. Patrick Trefois  
65, rue Sans Souci - 1050 Bruxelles

Si vous vous posez des questions concernant les vaccinations, vous pouvez les adresser au secrétariat de rédaction, 65, rue Sans Souci - 1050 Bruxelles. Un membre du Groupe de Réflexion Scientifique "Vaccination" y répondra dans un prochain numéro.

Les frais d'impression et de diffusion de Vax Info sont couverts grâce au mécénat de SmithKline Beecham Pharma.

## Annnonce

Le Sabin Prize for Vaccine Research in Belgium and Luxemburg 1998 sera attribué en 1999. La date limite de remise des candidatures est fixée au 30 juin 1999. Les candidatures doivent être adressées au Dr. Francis André, SmithKline Beecham Biologicals, rue de l'Institut 89 - 1330 Rixensart.