



Mission difficile

INFORMER SUR LES RISQUES DE LA VACCINATION (2^{ème} partie)

Nous poursuivons la publication de l'article initié dans le Vax Info numéro 25 (octobre 1999).

Stratégies efficaces pour l'information sur les risques liés à la vaccination (8)

1. Le rôle des professionnels de la santé

- Ils doivent donner aux parents des informations fiables sur les vaccins. Ceci peut être entre autres réalisé au moyen de brochures sur la vaccination, éditées par les autorités de santé, l'industrie pharmaceutique et d'autres organisations de soins (9). Dans la pratique, ces brochures semblent modérément utiles. Moins de la moitié des parents lisent ces brochures. L'utilité des dépliants s'accroît clairement lorsqu'ils sont utilisés comme support illustratif à une information orale approfondie.
- Il est souhaitable que les médecins communiquent leur conviction en faveur de la vaccination, et ne se limitent pas à établir le bilan des avantages et inconvénients de la vaccination pour abandonner ensuite la décision aux parents.
- Les pièges qui doivent être évités sont notamment :
 - l'omission d'une survenue possible de complications
 - une attitude paternaliste, dans laquelle le médecin sait tout (mieux que les autres) et décide à la place du patient non informé et même contre sa volonté. Le public a développé une grande méfiance vis-à-vis des instances politiques, scientifiques et médicales. Trop souvent, on lui a affirmé l'innocuité de certains moyens, information semblant erronée par la suite (pensons aux pesticides, à la couche d'ozone, au réchauffement planétaire, au cholestérol, à l'usage d'implants mammaires en silicone, etc). La conséquence en est que les experts sont encore difficilement crédibles.

Sommaire

MISSION DIFFICILE p. 1 - 2

- Informer sur les risques de la vaccination (2^{ème} partie)

VACCINS PÉDIATRIQUES p. 3

- Le futur proche

ETHIQUE p. 4 - 5

- Droits individuels et obligations sociales

MÉNINGITE p. 5 - 7

- Actualités
- Commentaires

QUESTIONS/RÉPONSES p. 8

- Vaccination RRO à 15 mois et à 6 ans. Suffisant ?

La discussion n'est pas facile lorsqu'on aborde la question «où commence et où s'arrête l'autodétermination du patient ?». Ou plus précisément : jusqu'où la norme médicale du médecin exige-t-elle de lui qu'il ne suive pas la demande du patient ou qu'il conseille à celui-ci avec autorité de suivre une autre voie. Cependant, les juristes, les médecins et les spécialistes de l'éthique doivent mener cette discussion. Les données et l'information comprises sont déterminantes pour le choix que le patient peut faire et pour la manière dont il peut user de son libre arbitre.

- Il faut rechercher la prise d'une décision conjointe du médecin et du patient (partenariat). Médecins et pédiatres sont les sources les mieux acceptées de recommandations en rapport avec la vaccination. Différentes études montrent que la couverture vaccinale est déterminée par l'attitude du médecin traitant. La grande majorité des parents suit son conseil. C'est la raison pour laquelle il est indispensable que les professionnels de la santé se tiennent informés des nouveaux développements sur le terrain de la vaccination et soient capables de préciser clairement les avantages et inconvénients des vaccinations (10).

2. Le rôle et la responsabilité des médias

Les médias jouent un rôle important dans la perception, par le grand public, des risques liés à la vaccination (11).

Chaque fois qu'un rapport négatif (même non fondé) paraît dans la presse grand public, le nombre de vaccinations décroît. Le grand problème est que l'impact de la présentation d'un enfant atteint de lésions nerveuses est beaucoup plus important que les déclarations orales émanant des plus éminents scientifiques défendant l'absence d'un lien causal entre les vaccinations et des lésions nerveuses : les images l'emporteront toujours sur les mots.

Comment les journalistes peuvent-ils donner une information de qualité et objective ?

Les questions que les journalistes doivent se poser sont :

- plaçons-nous les anomalies décrites dans une juste perspective ?
- ne courrons-nous pas le risque de fausser la perception, par le public, des risques des vaccinations ?
- les données fournies dans les études publiées sont-elles fiables ?
- sont-elles étayées sur le plan statistique ?
- n'y a-t-il pas d'autres explications ?
- les résultats concordent-ils avec ceux d'autres études ?

Les journalistes doivent être conscients qu'une seule étude démontre rarement quelque chose et que des publications anecdotiques mal étayées ne doivent pas être automatiquement communiquées dans la presse. Les journalistes ont le devoir de donner une information vulgarisée sur les aspects négatifs de certaines vaccinations, mais sans recherche d'informations à sensations qui menacent l'objectivité. Il serait

faux de ne pas mettre en exergue une critique pertinente, par peur de diminuer les vaccinations. La franchise quant à l'information sur les problèmes de santé et d'environnement peut accroître la confiance du grand public dans l'information.

Les Autorités peuvent-elles contraindre les citoyens à la vaccination ?

La vaccination est également déterminée par l'intérêt de la santé publique, avec pour objectif la lutte contre la dissémination des maladies infectieuses.

En cas de handicap corporel ou mental ou de décès précoce, le coût financier est principalement à charge de la communauté. Après la dernière épidémie de polio en 1992, 82,5% des Hollandais pensaient que les parents devraient être obligés de faire vacciner leurs enfants (Vax Info n°9, p. 3-4).

La vaccination obligatoire n'est appliquée que pour certaines maladies telles la variole et la poliomyélite. Une obligation légale de vaccination généralisée ne résout certainement pas le problème du rejet des vaccinations. Une information exacte et des soins médicaux de qualité sont de meilleurs moyens de convaincre des parents réticents. La formation continue mettra à la disposition des médecins et infirmiers les arguments précis pour motiver les patients.

Considérations finales

La coopération active de la population dépendra d'une information individuelle correcte de toutes les personnes concernées, seule capable d'augmenter la connaissance et la confiance vis-à-vis du programme de vaccination.

Les professionnels de la santé, les scientifiques et les journalistes sont responsables de la santé de la population, en premier lieu de celle de nos enfants. En effet, les décisions parentales sont en grande partie influencées par l'information que les parents reçoivent des professionnels de la santé, des mass-médias et via Internet. Aussi difficile et mangeuse de temps que soit la communication quant aux risques de la vaccination et la lutte contre les fausses croyances, c'est le rôle du médecin d'informer ses patients honnêtement et aussi complètement que possible. De cette manière seulement, les parents seront en état de prendre une décision rationnelle. ■

Prof. Dr. R Clara.

Références :

- 8) Ball L.K., Evans G., and Bostrom A. Risky Business: Challenges in Vaccine Risk Communication. – Pediatrics 1998; 101: 453-8.
- 9) Lieu T.A. et al. Effects of Vaccine Information Pamphlets on Parents' Attitudes. Arch Pediatr Adolesc Med 1994; 148: 921-5.
- 10) Zimmerman R.K. AAFP, AAP and ACIP Release 1997 Childhood Immunization Schedule. American Family Physician 1997; 55: 342-6.
- 11) Cohn V. The Responsibility of the Media, Scientists, and Clinicians. JAMA 1996; 276: 1917-18.

Vaccins pédiatriques

LE FUTUR PROCHE

Les programmes de vaccination ont constitué durant ce siècle un apport considérable à la santé publique.

Dans le monde occidental, l'espérance de vie s'est accrue grosso modo de 30 ans, du fait de circonstances de vie plus hygiéniques, mais surtout par un meilleur contrôle des maladies infectieuses et par la vaccination plus particulièrement (1). Pensons seulement à l'éradication de la variole, à l'élimination de la poliomyélite du continent américain et à la perspective de son éradication totale à l'échelle planétaire, tout comme aux programmes de vaccination couronnés de succès contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la rubéole, l'*Haemophilus influenzae* (Hib) et la grippe. Le nombre de vaccins recommandés augmente exponentiellement et la liste des nouveaux antigènes en développement confirme que cette tendance persistera longtemps durant le nouveau millénaire. L'accroissement du nombre de vaccins administrés inquiète certaines personnes. Cette inquiétude n'est pas justifiée, notamment du fait que la stimulation immunitaire liée aux antigènes vaccinaux est très marginale, comparée à celle déclenchée par les milliers d'antigènes rencontrés dans notre environnement dès l'enfance.

Cette presque abondance s'accompagne de son lot de problèmes : le calendrier de vaccination recommandé pour les deux premières années de vie est fort chargé et le succès du programme est principalement déterminé par la couverture vaccinale atteinte dans la population.

Au plus simples et au moins contraignantes seront les vaccinations, au plus les parents et le personnel médical seront motivés à vacciner les enfants correctement.

La combinaison de la plupart des antigènes dans le même vaccin amènera certainement une adhésion vaccinale accrue. C'est ce qui a été démontré dans le passé par les vaccins combinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, ou encore par le RRO. Plus récemment, des combinaisons avec l'Hib ou l'hépatite A + B ont été développées.

Néanmoins, la mise au point de tels « mégavaccins » exige une grande habileté technique.

Les interactions entre les différents antigènes ou les autres substances chimiques nécessaires pour la préparation peuvent mener à une immunogénicité réduite. Par ailleurs, la combinaison doit être également bien tolérée et le produit final doit pouvoir être stable pour une conservation durant au moins 2 ans à une température de + 2 à + 8°C (2).

Outre les difficultés liées au produit, les preuves cliniques deviennent plus complexes et l'évaluation par les autorités toujours plus sévère. Le risque et le délai liés au développe-

ment, ainsi que les frais élevés qui en sont la conséquence, font qu'à l'échelle planétaire, peu de producteurs sont en mesure de mener ce processus avec succès.

Les nouveaux vaccins acellulaires contre la coqueluche, avec leur tolérance excellente, constituent la base appropriée pour les nouveaux vaccins pédiatriques multivalents qui comportent en une même injection, outre la diphtérie et le tétanos, également le vaccin inactivé contre la poliomyélite (IPV) ainsi que les vaccins contre l'hépatite B et l'Hib.

Une primovaccination simple en 3 doses sera bientôt suffisante pour offrir une protection contre ces 6 maladies.

Le vaccin contre la varicelle est un autre candidat à une combinaison potentielle. Originaire du Japon, la souche virale OKA de la varicelle est utilisée depuis maintenant une vingtaine d'années. Elle est utilisée aussi en Europe depuis 1984 et plus récemment, est recommandée aux Etats-Unis (1995) et au Canada (1999) (3, 4) pour la vaccination généralisée des enfants. Bien qu'elle soit disponible, cette vaccination ne rencontre jusqu'à maintenant qu'un succès faible à modéré en Europe. Ceci est attribuable à l'opinion générale erronée qui présente la varicelle comme une banale maladie infantine avec une évolution bénigne. Cependant, un nombre croissant de données de la littérature montre que même chez un enfant initialement en bonne santé, la varicelle peut conduire à des complications graves, voire même à une issue fatale (5). Ce sont principalement les surinfections bactériennes à *Streptococcus* du groupe A et les séquelles neurologiques qui sont à craindre (6). Aujourd'hui, aux Etats-Unis, la varicelle est la cause de décès la plus fréquente parmi toutes les affections contre lesquelles les enfants peuvent être immunisés (7).

Etant donné que la vaccination trivalente contre la rougeole, la rubéole et les oreillons est bien intégrée, l'incorporation à cette combinaison de la composante varicelle offrirait une protection contre les 4 maladies éruptives les plus fréquentes, et ceci sans alourdir le calendrier de vaccination. Et on n'en restera pas là ! Récemment ont été communiqués les excellents résultats obtenus avec un nouveau vaccin pédiatrique conjugué antipneumococcique, qui offre une protection contre la méningite, la pneumonie et l'otite moyenne liés à ce pathogène (8). De nouveaux vaccins conjugués contre le *Neisseria meningitidis* A, C et B sont à un stade avancé de développement. L'avantage de ces vaccinations est déjà bien établi, mais le véritable défi est de les incorporer encore avec succès dans les programmes d'immunisation existants. Des combinaisons adaptées pourraient ici aussi s'avérer déterminantes pour le succès. ■

Dr. H. Bogaert

Director Medical Marketing SB Biologicals

Références :

- 1) Ten Great Public Health Achievements – United States, 1900-1999. MMWR 1999 / 48 (12); 241-243.
- 2) F. André. Development and clinical application of new polyvalent combined paediatric vaccines. Vaccine 1999; 17(13-14):1620-1627.

- 3) Prevention of Varicella – Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1996/Vol.45/No.RR-11.
- 4) An Advisory Committee Statement (ACS) . National Committee on Immunization (NACI). Statement on recommended use of varicella virus vaccine. Can. Commun. Dis. Rep 1999; 25 (ACS-1; DCC-1): 1-16.
- 5) Jaeggi A et al. Complications of varicella in a defined central European population. Arch.Dis. Child 1998; 79(6): 472-477.
- 6) Aebi C et al. Bacterial Complications of Primary Varicella in Children. Clin. Infect. Dis 1996; 23(4): 98-705.
- 7) Varicella-Related Deaths Among Children – United States, 1997. MMWR, 1998;47(18): 365-368.
- 8) Black et al. Efficacy of Heptavalent Conjugate Pneumococcal Vaccine (Wyeth Lederle) in 37,000 infants and children: results of the Northern California Kaiser Permanente Efficacy Trial. Abstract of the 38th ICAAC, Sept. 24-27 1998, San Diego, California.

Ethique

DROITS INDIVIDUELS ET OBLIGATIONS SOCIALES

De l'étude de l'évolution de la pensée éthique au cours du temps ressort l'importance toujours croissante accordée, par les pays qui ont influencé la pensée occidentale, à la reconnaissance de l'égalité du prochain.

Le concept de « prochain » a été originellement utilisé uniquement pour les membres du même clan.

Dans les grands Empires, comme en Egypte et en Mésopotamie, les obligations éthiques s'appliquaient de manière croissante à tous les habitants du même Empire. Nous en trouvons des indications dans le « Livre des Morts » des Egyptiens (1500 AC) et dans la Bible, où l'amour du prochain s'étend progressivement à l'ensemble des Israéliens.

Dans les « Règles d'Or » de Confucius (500 AC), ces obligations éthiques sont définies comme suit : « traitez votre prochain comme vous voudriez qu'il vous traite ».

Les deux principes éthiques de base les plus importants sont :

- l'amour pour le prochain, par lequel celui-ci est considéré comme un égal ayant droit à la liberté, l'autodétermination et l'autonomie
- le devoir de délivrer des soins, la protection de son prochain contre la souffrance est d'importance identique.

Application des principes éthiques de base à la pratique bioéthique

La reconnaissance de ces principes est seulement la première étape d'un code de conduite, son application dans la pratique étant le sujet de la bioéthique.

1. Le droit à l'autodétermination n'admet pas qu'une expérimentation ou un traitement soit institué sans l'assentiment éclairé de la personne concernée.

2. Le principe de la délivrance des soins astreint le médecin à l'obligation de « bonne pratique » ou au moins à éviter de nuire.

Bien qu'un large consensus existe sur ces obligations éthiques, leur application correcte peut cependant se révéler difficile dans la pratique. Ceci étant la conséquence de la position de dépendance du patient vis-à-vis du médecin qui le traite. Celui-ci peut ainsi avoir tendance à adopter un comportement paternaliste. Ainsi, des professionnels de la santé peuvent déduire qu'ils savent mieux ce qui est bon pour le patient et que leur obligation de « bonne pratique » est plus importante que l'autonomie du patient.

Paternalisme et anti-paternalisme

La citation classique du philosophe John Stuart Mill, qui peut être considéré comme le fondateur de l'anti-paternalisme, dit : « la société peut uniquement interférer avec la liberté de l'individu lorsque le principe de l'autodétermination est compromis. L'usage du pouvoir contre la volonté de l'individu est seulement admissible pour prévenir la survenue de dommages à ses prochains. Le propre bien-être d'un individu n'est jamais un droit absolu ».

En ce qui concerne le droit sur son esprit et son corps, le droit de l'individu est souverain : il sait mieux que personne ce qu'il veut bien, ou non, accepter.

Il est la personne qui est le plus intéressée à son propre bien-être, il est le juge final quant à son corps et son esprit. Ceci signifie que l'obligation de « bonne pratique » et d'éviter de nuire doit céder dans ces cas au droit à l'autodétermination du patient.

Lorsque nous sommes d'accord avec le rejet sévère du paternalisme (rejet avec lequel je suis en accord complet), il est alors très difficile, si pas impossible, d'imposer à une communauté entière des mesures de promotion de la santé, comme la vaccination.

Les mesures préventives généralisées (in casu : la vaccination)

Dans ce qui suit, je veux démontrer que même en partant d'un point de vue exprimé anti-paternaliste, il est possible d'appliquer des mesures préventives.

Même John Stuart Mill n'exclut pas toutes les formes du paternalisme : la doctrine de l'anti-paternalisme est appropriée uniquement pour des personnes qui ont la maturité d'esprit d'un adulte. Cette philosophie n'est donc pas applicable pour les enfants qui doivent être protégés contre les accidents et les maladies. Un père a le devoir de se montrer paternaliste envers son enfant.

Lors de la promotion d'une vaccination généralisée, nous sommes face à des personnes accessibles à la raison. Nous respectons ici non seulement le droit à l'autodétermination, mais nous soulignons aussi le devoir de veiller à son

prochain par la prévention de maladies. Ces arguments sont un encouragement important à l'acceptation, ou du moins au non-rejet d'une loi de vaccination généralisée, comme par exemple pour la variole et la poliomyélite.

De façon regrettable, le succès n'est pas toujours assuré, comme l'ont démontré les épidémies de paralysies infantiles aux Pays-Bas, au sein de communautés religieuses strictes qui refusaient la vaccination, pour des raisons liées à leur foi. Ces épidémies survinrent en 1971 (37 cas), en 1978 (110 cas) et en 1992 (71 cas). D'un point de vue éthique, on peut se poser de sérieuses questions quant à l'attitude du Gouvernement hollandais. Chaque individu a le droit de refuser la vaccination et de courir le risque de contracter la poliomyélite. Mais les adultes ont-ils le droit de refuser la protection de la vaccination à leurs enfants ? Et qu'en est-il des adultes qui ont été contaminés pendant cette épidémie et qui n'avaient jamais eu la chance (ou l'avaient négligée) de se faire vacciner contre la poliomyélite ?

John Stuart Mill écrit explicitement que la contrainte peut être utilisée contre la volonté d'une personne lorsque, de cette manière, on peut éviter des dommages à ses prochains.

Le danger des mesures coercitives imposées par les Autorités

Lorsque nous étudions le problème à partir des deux principes éthiques de base, en l'occurrence le droit à l'autonomie et le devoir de soulager la souffrance des autres, il est alors logique de conclure que la limite du droit à l'autodétermination est atteinte lorsque nos activités portent préjudice à nos semblables. Et si certaines personnes ne respectent pas cette limite, la société a le droit d'user de mesures coercitives.

Je serais cependant compris de manière totalement erronée si l'on déduisait que cette argumentation pourrait être utilisée par les Autorités pour appliquer d'autres mesures préventives. La liberté est en effet un des plus importants acquis de l'homme. La coercition peut être uniquement utilisée lorsqu'il est établi de manière irréfutable que la mesure coercitive peut prévenir beaucoup plus de dommages que ceux occasionnés par l'application de cette même mesure. Mais même dans ce cas, on ne pourra user de mesures coercitives qu'avec la plus grande circonspection, du fait que l'exercice de la contrainte peut également avoir des conséquences très négatives.

L'information qui fait appel aux capacités rationnelles de l'individu et à son sens des responsabilités, peut à long terme donner un meilleur résultat que des mesures coercitives.

En réalité, un des effets secondaires les plus dommageables du paternalisme est la sous-estimation des capacités intellectuelles de nos semblables et la perte de confiance dans les possibilités du pouvoir de persuasion rationnel et éthique.■

Prof. E. Vermeersch

Président du Comité de Bioéthique de Belgique.

Méningite

ACTUALITÉS

La méningite est une inflammation du système nerveux central qui peut porter atteinte aux fonctions vitales. Elle peut être provoquée par différents types de bactéries et de virus.

La méningite bactérienne est rare mais peut être très grave et l'instauration urgente d'une antibiothérapie est vitale. Les trois bactéries principales en cause dans la méningite sont le méningocoque, le pneumocoque et l'*Haemophilus influenzae* (type b). Ces germes peuvent également entraîner une septicémie; cette dernière est généralement plus grave que la méningite.

La méningite virale est plus fréquente et moins sévère.

Les premiers signes

Plusieurs symptômes peuvent se manifester, isolément ou simultanément : extrémités froides, fièvre, malaise et maux de tête (principalement postérieurs), douleurs articulaires, photophobie, vomissements, confusion ou somnolence, raideur méningée et hématomes.

Lorsqu'on a affaire à la forme la plus dangereuse (méningocoque), le signe le plus typique est la présence de saignements sous-cutanés ou de pétéchies. Une fièvre très élevée peut également survenir. Dans la presse, la raideur de nuque est erronément mentionnée comme le symptôme le plus important. Elle n'est présente que dans la moitié des cas : en effet, elle reste parfois discrète lors d'une septicémie sans inflammation des méninges.

Le diagnostic est difficile du fait que la méningite est une maladie rare que le médecin de famille rencontre seulement une fois ou deux dans sa carrière.

Comment intervenir ?

Lorsqu'il pose le diagnostic, le médecin peut soit donner une injection d'antibiotique, soit adresser le patient à l'hôpital.

Les avis divergent quant à ces options : dès lors qu'un médecin a injecté un antibiotique, plus aucun diagnostic bactériologique ne peut être posé. D'autre part, le patient peut perdre encore des heures précieuses avant d'aller à l'hôpital. Et d'autres heures encore peuvent être perdues avant l'instauration de l'antibiothérapie à l'hôpital. Lorsque l'infection a trop évolué, l'antibiothérapie n'est cependant plus efficace.

Le caractère imprévisible de la bactérie est illustré par le fait qu'on peut trouver dans la gorge de certaines personnes des méningocoques, sans qu'une méningite ne se déclare. La population développe peut-être une immunité de cette manière.

Epidémiologie

L'incidence du *Neisseria meningitidis* connaît un décours fluctuant au fil des ans, en fonction de la virulence de la souche et de la réceptivité de l'individu. La maladie est également clairement saisonnière; la majorité des cas apparaissent à la fin de l'hiver et au début du printemps. Souvent, on constate une incidence accrue juste après une épidémie de grippe.

L'incidence la plus haute concerne la première année de vie. Ensuite, elle se réduit puisque, avec l'âge, de plus en plus d'enfants développent des défenses suffisantes. Un deuxième pic est rencontré chez les jeunes adultes. Des facteurs comme la promiscuité jointe à une baisse passagère de résistance en sont tenus comme responsables; des sous-populations déterminées de méningocoques semblent aussi avoir une préférence pour cet âge plus avancé. En outre, les hommes semblent plus réceptifs que les femmes.

Le *streptococcus pneumoniae* est trouvé chez environ 50% des adultes présentant une méningite bactérienne. Lorsqu'on observe les 80 sérotypes et plus, il apparaît qu'on peut distinguer des souches surnommées «adulthood types», qui causent plus souvent des méningites chez l'adulte, et des souches surnommées «childhood types».

L'*Haemophilus influenzae* est la cause la plus fréquente de méningite chez l'enfant de moins de 5 ans. Au delà de l'âge de 10 ans, la proportion de cet agent causal est faible, environ 3%. Alors que dans l'enfance, il s'agit presque toujours du type b, chez l'adulte, d'autres types de souches non encapsulées sont beaucoup plus fréquemment rencontrées. Ces dernières doivent être considérées comme opportunistes et peuvent uniquement provoquer une méningite en cas de prédisposition comme un traumatisme crânien ou une sinusite.

Récemment, grâce à la vaccination contre l'Hib, le nombre de cas de cette méningite a spectaculairement chuté chez les jeunes enfants.

Nouveau type de méningocoque

Jusqu'à 1990, l'incidence annuelle de la méningite à méningocoques fluctuait autour d'un cas pour 100.000 habitants.

Cependant, depuis le début des années 90, le nombre d'infections à méningocoques augmente à nouveau. De 1990 à 1997, le nombre de souches déclarées en Belgique a crû de 77 à 246.

Cette recrudescence est principalement attribuable à un isolement accru de souches du sérotype B et de manière plus précise de celles du type B:non caractérisable:P1.4 et B:4:P1.4. Cette tendance était initialement surtout observée dans la Province d'Anvers. Plus tardivement, cette même constatation a été faite dans les autres provinces. Les souches de phénotype B:4:P1.4 ont été isolées pour la première fois aux Pays-Bas en 1980. Jusqu'en 1984, elles ont été surtout circonscrites à la partie sud du pays. Ultérieurement, elles se sont répandues dans l'ensemble des Pays-Bas, mais l'incidence est restée plus forte dans les provinces du sud. Les résultats obtenus par le test de «random amplified polymorphic DNA fingerprinting» démontraient que les caractéristiques du DNA des souches belges étaient très comparables à celles des souches hollandaises B:4:P1.4. Ceci suggère une dissémination d'une souche hollandaise en Belgique depuis le début des années 90. Il est surprenant de constater que cette variante concerne préférentiellement les 15-25 ans (2).

Prévention

Aucun vaccin n'est encore disponible pour les souches du sérotype B, qui sont les plus fréquemment rencontrées en Belgique. Il existe bien un vaccin contre les deux formes moins courantes (les sérotypes A et C). Il est uniquement recommandé pour les voyages vers les pays tropicaux.

Il existe depuis peu de temps un vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* (type b). Ce vaccin fait partie du schéma de vaccination de base de tous les nourrissons : il peut être administré simultanément aux autres vaccins tels que diphtérie-tétanos-coqueluche, polio et hépatite B.

Le vaccin qui procure une protection contre la méningite à pneumocoques est recommandé à toutes les personnes de plus de 60 ans ou à celles qui sont fragilisées par une affection sous-jacente. Ce vaccin n'est pas efficace avant l'âge de 2 ans. ■

Prof. Dr. H. Goossens

Références :

- 1) Van Looveren M, Carion F, Vandamme P, and Goossens H. Surveillance of meningococcal infections in Belgium. Clin. Microbiol. Infect. 1998 ; 4 : 224-228.
- 2) Van Looveren M, Vandamme P, Hauchecorne M, Wijdooghe M, Carion F, Caugant DA, and Goossens H. Clin. Microbiol. 1998; 36 : 2828-2834.

COMMENTAIRES

L'administration en urgence de benzylpénicilline ou d'ampicilline en intramusculaire doit être considérée sérieusement par le médecin consulté, lorsqu'il y a un risque que le traitement ne soit pas instauré immédiatement à l'hôpital (1). La mise en route rapide du traitement réduit fortement le risque de séquelles permanentes (et de décès). Le cas doit être déclaré immédiatement à l'Inspection d'Hygiène provinciale. L'information et la surveillance de l'entourage immédiat (famille, partenaire, contacts à la crèche et à l'école) sont indispensables, car ces personnes courent un risque, certes limité, mais néanmoins accru, de développer la maladie.

La chimioprophylaxie doit être prescrite, dès que possible, aux mêmes personnes (2), selon le schéma proposé dans l'encadré.

Le vaccin actuel contre les sérogroupes A-C-Y-W135 peut être recommandé pour les voyageurs (séjours de quelques semaines) à destination de la «ceinture de la méningite» située au sud du Sahara et au nord de l'Equateur et qui s'étend de la Gambie à l'ouest jusqu'à l'Ethiopie à l'est (3).

La vaccination avec le vaccin A-C peut aussi être indiquée lors d'éclosion d'épidémies dans les pays développés (4-5) : Finlande (1973-1974, séro groupe A), Arabie Saoudite (1987, séro groupe A, vaccination obligatoire pour les pèlerins vers la Mecque), Canada (années 80 et 90, séro groupe C), Texas (1993-1995, séro groupe C), Grande-Bretagne (1999, séro groupe C). L'efficacité du vaccin contre les souches A et C atteignait au Texas (6) 85% chez les personnes de 2 à 29 ans et 93% chez celles de 2 à 5 ans.

En octobre 1999, une campagne de vaccination généralisée contre le méningocoque C démarrait en Grande Bretagne, avec un nouveau vaccin conjugué, actif dès l'âge de deux mois (7).

Des chercheurs du RIVM (à Bilthoven, aux Pays-Bas), ont développé un vaccin expérimental contre les méningocoques du groupe B (8). Les vaccins polysaccharidiques contre le méningocoque B sont peu immunogènes et présentent une analogie de structure avec le tissu nerveux. C'est pour cette raison que les chercheurs ont choisi la protéine Por A de la membrane externe comme composant d'un vaccin contre le méningocoque. Un vaccin hexavalent a été développé; il est constitué de la membrane externe de deux souches, avec chacune 3 sous-types parmi lesquels les sérotypes les plus fréquents P 1.4, P 1.16 et P 1.10. Le vaccin hexavalent apparaissait lors des essais aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne sûr et bien supporté et donnait une réponse en anticorps bactéricides chez les nourrissons et les enfants. Le vaccin protège contre 80% environ des infections à méningocoques B survenues en 1993, 1994 et 1995 aux Pays-Bas (au total 1.455 cas) et contre 77% des infections causées par le méningocoque C (224 au total). Des essais plus étendus doivent encore confirmer les données actuelles avant que ce vaccin puisse être administré à grande échelle.■

Prof. Dr. R. Clara

Références :

- 1) Strang J.R. & Pugh E.J. Meningococcal infections : reducing the case fatality rate by giving penicillin before admission to hospital. *BMJ* 1992; 305: 141-3.
- 2) Moore K.A. and Osterholm M.T. Editorial. Meningococcal Disease and Public Health Practice. A Complicated Road Map. *JAMA*, 1998;279: 472-473.
- 3) Trefois P. Epidémie de méningites à méningocoques. *Rev. Med. Gén.* 1999; 162:187.
- 4) Clara R. *Vax-Info* 1998; 20:1-2.
- 5) Begg N. Meningococcal meningitis-epidemiology and options for control. *Vaccines : Children and Practice* 1998, Vol I: Issue I (p. 9-12).
- 6) Rosenstein N. et al. Efficacy of Meningococcal Vaccine and Barriers to Vaccination – *JAMA*, 1998; 279:435-439.
- 7) Wise J. UK introduces new meningitis C vaccine. *BMJ* 1999; 319: 278.
- 8) van Alphen A.J.W. & Rümke H.C. Een totaal meningitis vaccin : waar zijn we ? *Infectieziekten Bulletin* 1998; 9: 150-153.

Chimioprophylaxie des infections à *N. meningitidis* (*) (**)

Personnes concernées				
	Enfants			
Tous les contacts directs, enfants et adultes, avec le cas index 1. Famille, ou situations de vie similaires 2. Famille d'accueil, crèche, jardin d'enfants, école maternelle 3. Militaires partageant le même dortoir 4. Internat 5. Personnel médical et paramédical impliqué dans la réanimation et les soins du cas index		Rifampicine (***)	Rifadine ou prescription magistrale	10 mg /kg /12h pendant 2 jours
		Azithromycine	Zitromax 40 mg/ml caps 250 mg ou sirop	1 x 10 mg/kg
	Adultes	Ciprofloxacine	Ciproxine caps 500 mg	1 x 500 mg p.o.
		Ofloxacine	Tarivid co 400 mg	1 x 400 mg p.o.

(*) The Sanford Guide to antimicrobial therapy 1999-2000 : 13 th edition of the Belgian/Luxemburg version.

(**) Initier dans les 24h. Informer les contacts du risque de contamination.

(***) La rifampicine est remboursée dans cette indication. Le sirop de Rifadine n'est pas commercialisé, mais peut être préparé en magistrale par le pharmacien.

R/Rifampicine 2 grammes; agar-agar 0,5 gramme; sirop de framboise ad 100 ml. On obtient ainsi un dosage de 100 mg/5 ml.

La rifampicine colore l'urine, les larmes et les lentilles de contact en rouge.

Questions/réponses

LES OBJECTIFS DE VAX INFO

Un de mes patients, un garçon âgé de 17 ans, a reçu un vaccin RRO à 15 mois et à 6 ans. Est-ce suffisant ?

La deuxième dose de vaccin rougeole-rubéole-oreillons peut aussi bien se faire à l'âge de 4 à 6 ans qu'à l'âge de 11 à 12 ans. Aux Etats-Unis, l'*Advisory Committee on Immunization Practices* recommande une deuxième dose à l'âge de 4 à 6 ans, tandis que l'*American Academy of Pediatrics* propose cette administration à 11 - 12 ans.

Une administration vers 4 à 6 ans donnerait un peu moins d'effets secondaires qu'à 11 - 12 ans (1), tandis qu'elle entraînerait à 11 - 12 ans des titres plus élevés d'anticorps contre la rougeole (IgG) (2).

Les deux schémas conduisent à une protection persistante contre la rougeole, la rubéole et les oreillons. Le choix du schéma est déterminé par les modalités pratiques d'implantation, en premier lieu la possibilité d'atteindre une population d'enfants aussi nombreuse que possible. Par analogie avec d'autres vaccins à base de virus vivants atténués, on peut poser l'hypothèse d'une protection à vie contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (3).

Il apparaît d'une méta-analyse de 1.411 études, menée par Anders J.F. (4) que moins de 0,2% des personnes vaccinées ont développé la rougeole. L'exemple de la Finlande (5) montre que l'application d'un schéma avec une deuxième dose à 6 ans permet d'atteindre une élimination complète de la rougeole, de la rubéole et des oreillons (Vax Info n°13, p.3-4). Aux Etats-Unis également, la rougeole a presque complètement disparu : on comptait moins de 100 cas en 1998 (<1 par 2 millions d'habitants).

Le nombre de cas de rubéole congénitale a fortement baissé en Grande-Bretagne : on est passé de 200 à 300 cas par an avant 1970 à 19 pour la période 90 à 95 (6). Il y a bien eu une légère augmentation en 1996. Elle était la conséquence de la baisse du taux de vaccination contre la rubéole, en raison des doutes émis sur la sécurité du vaccin RRO dans les médias.

Une étude épidémiologique menée par Böttiger en Suède (7) montre qu'après le passage d'un schéma à une dose unique contre la rubéole, à un schéma à 2 doses (à 18 mois et à 12 ans), le nombre de cas de rubéole congénitale était passé de 14 par an avant 1974 à 2 cas pour la période 1975 - 1985. Dans une autre étude (8), Böttiger et al. montrent qu'après 2 doses de RRO, la séroconversion atteint 96% pour la rougeole, 100% pour la rubéole et 80 à 92% pour les oreillons.

Aux Etats-Unis, le *Center for Disease Control and Prevention* espère, avec un programme de vaccination basé sur une double vaccination RRO d'au moins 95% des enfants, débarrasser le monde occidental de la rougeole en 2005 (9).

Une étude au Canada a pu montrer que pour chaque dollar investi pour une deuxième dose de vaccin RRO, 6,34 dollars étaient épargnés (10). ■

Prof. Dr. R. Clara

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, belges ou luxembourgeois, 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
ou par fax : 02/512 54 36.

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 Pharm

Références :

1. Davis R.L. et al. MMR-Immunization at 4 to 5 Years and 10 to 12 Years of Age. *Pediatrics* 1997; 100: 767-771.
2. Wittler M.R.R. et al. Measles Revaccination Response in a School - Age Population *Pediatrics* 1991; 88: 1024-1030.
3. Markowitz L.E. et al. Duration of live measles vaccine-induced immunity. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 101-110.
4. Anders J.F. et al. Secondary failure rates of measles vaccines: a metaanalysis of published Studies. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 62-66.
5. Peltola H. et al. The elimination of indigenous measles, mumps and rubella from Finland by a 12-year, two-dose vaccination program. *N Engl J Med* 1994; 331: 1397-1402.
6. Tookey P.A. & Packham C.S. Surveillance of congenital rubella in Great Britain, 1971-96. *BMJ* 1999; 318: 769-770.
7. Böttiger M. and Forsgren M. Twenty years experience of rubella vaccination in Sweden. *Vaccine* 1997; 15: 1538-1544.
8. Böttiger M. et al. Swedish Experience of a two-dose vaccination programme aiming at eliminating measles, mumps and rubella. *BMJ* 1987; 295: 1264-1267.
9. MMWR Weekly. Progress Toward Global Measles Control and Regional Elimination, 1990-1997. *MMWR* 1998; 47: 1049-1054.
10. Rivière M. et al. Economic benefits of a routine second dose of combined measles, mumps and rubella vaccine in Canada. *Can J Infect Dis* 1997; 8: 257-264.