



Sommaire

- **EDITORIAL** (lecture: ± 30 sec.)
 - Qui est Vax Info ?
- **CAMPAGNE RADIOPHONIQUE** (lecture: ± 2 minutes)
 - En parler pour mieux prévenir: des spots radiophoniques à partir du 17 mars 1993
- **L'HEPATITE B : UNE MST** (lecture : ± 1 minute)
 - Les modes de transmission
- **VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B** (lecture: ± 4 minutes)
 - Etats-Unis: recommandations en matière de vaccination contre l'hépatite B
 - Qu'en pense un spécialiste dans le contexte belge ?
- **ADOLESCENCE ET MST** (lecture: ± 1 minute)
 - Nouvelles stratégies de vaccination ?
- **HEPATITE A** (lecture: ± 3 minutes)
 - Des sous-groupes à risque parmi les professionnels de la santé: une étude du Dr Van Damme
 - Un commentaire du Dr Van Damme
- **DIPHTERIE** (lecture: ± 1,5 minute)
 - Epidémie en Ukraine et en Russie
- **FIEVRE JAUNE** (lecture: ± 1,5 minute)
 - Epidémie au Kenya

Dans ce numéro, des dépliants pour vos patients: les hépatites.

A remettre en mains propres ou à disposer dans votre salle d'attente.

E DITO

QUI EST VAX INFO?

Vax Info est un regroupement informel de spécialistes dans le domaine de la vaccination.

Son objectif est notamment de promouvoir une politique scientifique et rigoureuse de prévention des maladies par la vaccination.

Le groupe se réunit 3-4 fois par an: c'est l'occasion d'échanges d'informations, de discussions quant aux indications ou aux problèmes liés à certaines vaccinations, de suggestions de recommandations...

Le journal Vax Info est destiné à retransmettre ces informations concrètes, ainsi que des réflexions quant aux perspectives d'avenir, à l'ensemble des médecins généralistes.

L'initiative est soutenue par la société SmithKline Beecham. ■

C ampagne radiophonique

EN PARLER POUR MIEUX PREVENIR

Dès le 17 mars, vous pourrez entendre sur les ondes de la RTBF un spot radiophonique consacré à la vaccination contre l'hépatite.

Pourquoi une telle campagne auprès du grand public ? Le constat de départ est une carence de connaissances et d'informations en ce qui concerne des pathologies comme l'hépatite A et B.

Il s'agit donc de faire passer le message que ces maladies sont répandues, présentent un potentiel d'inconvénients non-négligeable, et que leur prévention est actuellement possible.

Les difficultés de l'action préventive

De nombreux médecins de famille font part des difficultés à aborder le domaine de la prévention. Les interrogations sont souvent les mêmes: le patient va-t-il comprendre que je lui parle "vaccination" alors qu'il vient pour un problème digestif ? Ne va-t-il pas croire que je le pousse à la "consommation", que je suis trop interventionniste ?

Il est vrai que la fonction préventive du médecin généraliste ne s'est pas encore largement imposée. Pourtant, l'importance de la prévention ne fait plus de doute pour personne.

Un malentendu entre les médecins et le public ?

Plusieurs enquêtes ont confirmé ce malaise partagé des généralistes face à la prévention. Ainsi, les médecins généralistes citent comme obstacle majeur au développement de la pratique préventive le manque de demande du public (1).

Cette opinion répandue parmi le corps médical est pourtant démentie par plusieurs enquêtes d'opinions, où le public souligne le rôle essentiel de la communication avec le généraliste dans l'adoption d'un comportement préventif (2). Une enquête réalisée auprès des affiliées de la Mutualité Socialiste (3) présentait comme conclusions "... Le non dépistage est expliqué par la non consultation, mais aussi par la non proposition par les médecins à l'occasion d'une consultation autre que systématique." Et la même enquête relevait un taux particulièrement bas de refus de dépistage et considérait que les femmes ne font en général pas de difficultés à celui-ci.

Faire le premier pas

Cette information médiatique a donc pour objectif de faciliter le contact préventif avec les patients.

Car il est clair que le colloque singulier et l'information médiatique peuvent agir en synergie pour motiver le patient à un comportement préventif, notamment en matière de vaccination.

Puisqu'on le lui suggère dans les médias, le public se sentira plus autorisé à vous poser des questions quant à la vaccination. De votre côté, vous aurez moins à craindre l'étonnement de votre patient lorsque vous aborderez ce sujet. ■

(1) La prévention en médecine générale L. Berghmans, M. Boutsen, B. Swennen, M. Wanlin Ecole de Santé Publique de l'ULB 1990

(2) Dimarso/Gallup Belgium 1989

(3) Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en Communauté française de Belgique
Enquête auprès des affiliées de la Mutualité Socialiste ;
Dr J.L. Pestiaux 1990

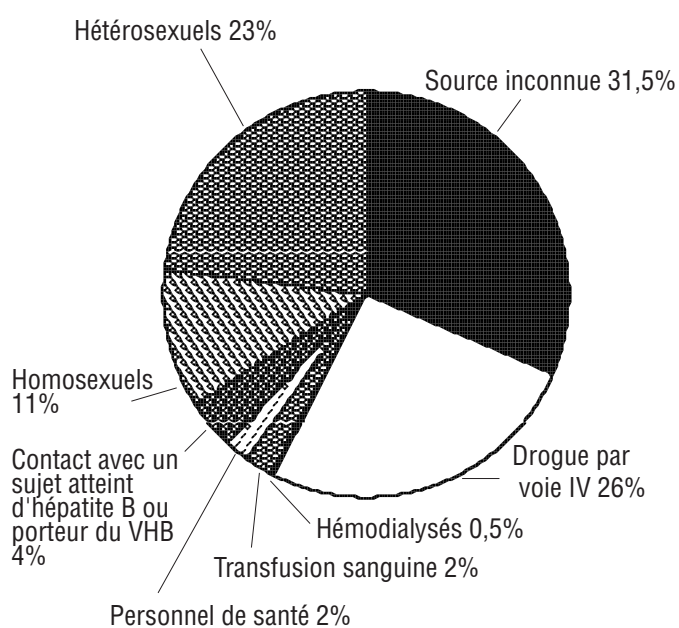
L'hépatite B, une MST

LES MODES DE TRANSMISSION

L'hépatite B est actuellement la seule maladie sexuellement transmissible pour laquelle on dispose d'un vaccin.

Si l'OMS a fait de cette constatation un de ses slogans dans la lutte contre l'hépatite B, c'est parce qu'en Europe et aux Etats-Unis, un des modes de contamination virale les plus importants reste la transmission sexuelle. Ainsi, on a pu dresser la répartition des cas d'hépatite B aiguë selon les facteurs de risque (USA): 34% sont liés à l'activité sexuelle (23% pour la transmission hétérosexuelle et 11% homosexuelle) contre 26% par usage de drogues en IV, 8% par les autres modes de contamination connus et ... 32% de source non-identifiée.

Rappelons par ailleurs que les antécédents de MST constituent un indicateur de risque HBV fiable chez les personnes à partenaires sexuels multiples, pour lesquelles ce mode relationnel n'est pas toujours connu avec précision.



Alter M.J.&Coll., Importance of heterosexual activity in the transmission of hépatitis B and non A, non B hépatitis JAMA 1989, 262 : 1201-1205.

Vaccination contre l'hépatite B

ETATS-UNIS: RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B

Les recommandations des Centers of Deseases Control prônent une vaccination généralisée de la population contre le virus HBV. Dans le contexte épidémiologique des E-U, les spécialistes reconnaissent en effet l'échec d'une stratégie de prévention basée uniquement sur les sujets à risque. Selon eux, tous les enfants en bas âge ainsi que les adolescents devraient être vaccinés en routine.

Aux Etats-Unis, le National Center for Infectious Diseases a reconnu le fait que la transmission du virus de l'hépatite B ne peut pas être combattue par la seule vaccination des groupes à risques.

Il propose donc une stratégie raisonnée, dont les objectifs principaux sont développés ci-après.

Prévention de l'infection néonatale

Un dosage de l'AgHBs devrait être effectuée chez toutes les femmes enceintes lors des premières consultations chez le gynécologue. La sérologie de l'hépatite B devrait s'incorporer automatiquement dans le screening du début de grossesse et être répété chez les femmes à haut risque infectieux (toxicomanes, MST intercurrente).

Les enfants nés de mère ayant un AgHBs positif devraient être vaccinés à doses appropriées dans les 12 heures qui suivent leur naissance. Une injection d'immunoglobulines spécifiques est également

recommandée, mais en un site différent afin de couvrir le délai d'action du vaccin.

Les femmes enceintes admises en maternité chez lesquelles aucun dosage préalable de l'AgHBs n'a été effectué doivent être contrôlées, et l'enfant devrait recevoir d'emblée le vaccin dans les 12 heures qui suivent sa naissance. Dans ce cas, si la découverte d'un AgHBs positif n'est faite que tardivement, le nouveau-né devrait recevoir une protection additionnelle par des immunoglobulines spécifiques aussi tôt que possible et certainement dans les 7 jours qui suivent la naissance. Si les immunoglobulines n'ont pas été administrées, il faut veiller à ce que l'enfant reçoive la seconde dose de vaccin à l'âge de 1 mois (pas au-delà de 2 mois) en vertu du risque élevé d'infection. La dernière dose de vaccin doit être administrée à l'âge de 6 mois.

Recommended schedule of hepatitis B immunoprophylaxis to prevent perinatal transmission of hepatitis B virus infection

Infant born to mother known to be HBsAg positive	
Vaccine dose	Age of infant
First Hepatitis B immune globulin	Birth (within 12 hours)
Second	Birth (within 12 hours)
Third	1 month
	6 months
Infant born to mother not screened for HBsAg	
Vaccine dose	Age of infant
First Hepatitis B immune globulin	Birth (within 12 hours)
	If mother is found to be HBsAg positive, administer dose to infant as soon as possible, not later than a week after birth
Second	1-2 months
Third	6 months

D'après MMWR Vol 40/No RR 13 Nov 22,1991.

Prévention de l'infection chez les enfants

Le vaccin est recommandé pour tous les enfants nés de mères séronégatives et devrait être incorporé dans le calendrier classique de vaccinations. La première dose peut être administrée durant la période néonatale, de préférence avant que l'enfant ne quitte la maternité et pas plus tard que l'âge de 2 mois.

Des efforts spéciaux devraient être consentis pour s'assurer que de hauts niveaux de vaccination contre

l'hépatite B sont atteints dans les populations à risque (enfants de populations migrantes).

Recommended schedule of hepatitis B vaccination for infants born to HBsAg (hepatitis B surface antigen)-negative mothers

Hepatitis B vaccine	Age of infant
Option 1	
Dose 1	Birth-before hospital discharge
Dose 2	1-2 months
Dose 3	6-18 months
Option 2	
Dose 1	1-2 months
Dose 2	4 months
Dose 3	6-18 months

D'après MMWR Vol 40/No RR 13 Nov 22,1991.

Prévention chez les adolescents

Tous les adolescents à risque (toxicomanes, partenaires sexuels multiples) devraient être vaccinés. Les facteurs de risque sont souvent sous-estimés par les adolescents.

Ceux qui semblent appartenir au groupe à risque pourraient bénéficier des structures sanitaires existantes (planning familial, centres médicaux, médecine scolaire...), dans lesquelles la vaccination selon le calendrier 0-1-6 mois pourrait être appliquée.

Ces recommandations datent de 1991; en ce qui concerne les adolescents, un consensus semblerait s'établir aux E-U pour une vaccination généralisée des adolescents. ■

Carte de vaccination

Le Ministère de la Santé de la Communauté française propose une carte de vaccination standardisée. Vous pouvez vous la procurer, ainsi que toutes informations concernant les recommandations de vaccination en Communauté française auprès du service Provac. Tél. : 02/413.24.59. ou 413.24.61.

A PROPOS DES RECOMMANDATIONS DU CDC : UN COMMENTAIRE D'UN SPECIALISTE BELGE

Le docteur Van Damme, épidémiologiste à l'Institut Universitaire d'Anvers:

"En ce qui concerne la politique de vaccination en matière d'hépatite B, deux aspects des choses ne doivent pas être perdus de vue: d'une part, le caractère endémique de l'affection différent de pays à pays et d'autre part la disponibilité de chaque pays en matière de prévention. Cela dit, les Etats-Unis enregistrent chaque année 300.000 nouveaux cas d'hépatite B, dont 10.000 hospitalisations et 250 décès immédiats par évolution fulminante. De plus, 4.000 américains décèdent chaque année des suites d'une cirrhose due à HBV et 800 d'un cancer hépatocellulaire. Si l'on veut modifier cette situation, il faut vacciner tous les jeunes enfants et adolescents américains. De cette façon, le réservoir potentiel de virus sera réduit. En Belgique, nous avons récemment effectué une enquête épidémiologique concernant la prévalence HBV dont les résultats seront connus sous peu. On pourra au moyen de cette évaluation économico-sanitaire déterminer la stratégie la plus efficace: vacciner la masse des jeunes enfants et/ou la masse des adolescents. Dès à présent, il est clair que chaque stratégie possède un certain nombre d'avantages. D'une part, la vaccination de masse des jeunes enfants est organisable de façon simple et économique. D'autre part, la vaccination des adolescents à l'avantage de répondre à l'incidence élevée de l'hépatite B dans cette catégorie d'âge. Ce modèle économico-sanitaire sera utilisé dans d'autres pays européens dans lesquels les mêmes problèmes se posent." ■

A adolescence et MST

NOUVELLES STRATEGIES DE VACCINATION ?

L'hépatite B est cataloguée parmi les MST.

Avoir plusieurs partenaires sexuels est un facteur de risque reconnu.

Aux Etats-Unis, les principales causes de transmission de l'hépatite B sont, dans l'ordre, les rapports hétérosexuels, la toxicomanie et les rapports homosexuels.

Chez les adolescents, la source de contamination peut être identifiée dans la moitié des cas comme étant liée aux rapports sexuels. A ce propos, on retiendra en priorité les facteurs de risque suivants: partenaires sexuels multiples et antécédents d'autres MST.

L'introduction, dès 1982 aux E-U, du vaccin contre l'hépatite B n'explique pas à elle seule la diminution de l'incidence des infections par HBV notée peu de temps après. En effet, les campagnes d'informations tendant à promouvoir des comportements préventifs à l'égard du sida (préservatifs, stabilité relationnelle) ont certainement contribué pour une part à ce phénomène.

Dans les pays d'Europe occidentale, tout comme aux Etats-Unis, on a noté l'existence d'un rapport entre l'âge de l'infection et le risque de passage à chronicité. Vingt-cinq pourcent des porteurs chroniques du virus HBV acquis durant l'enfance décéderont d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. Limiter la vaccination aux seuls groupes à risque conduit à l'échec, notamment par le fait que ceux-ci contractent l'infection avant que la vaccination ne puisse avoir lieu. De plus, 30% des patients ayant une hépatite B ne présentaient aucun facteur de risque et donc auraient échappé à cette politique sélective.

En conséquence, aux E-U, un consensus se dégage aujourd'hui pour promouvoir une stratégie de vaccination des adolescents, en complément de celle de tous les enfants en bas âge. ■

A propos de l'hépatite A : un commentaire du Dr Van Damme (UIA)

A côté de la vaccination des groupes à risque, un excellent conseil que l'on peut donner à tous les professionnels de la santé effectuant des examens des muqueuses digestives ou étant en contact avec des patients à risque de transmission est de mettre des gants... Cela paraît évident et même étonnant que l'on doive insister sur ce principe d'hygiène, mais la réalité semble bien démontrer qu'il n'en va pas toujours ainsi. Trop de médecins examinent par exemple une bouche sans prendre la précaution de protéger leurs doigts. En Allemagne, différentes études ont montré que la prévalence d'hépatite A parmi les dentistes était particulièrement élevée. Une constatation à mettre en rapport également avec la forte prévalence d'hépatites A parmi les puéricultrices, les infirmières pédiatriques et les sages-femmes. Par ailleurs, la littérature spécialisée fait mention de contaminations fréquentes via le fait de ne pas se laver les mains ou de partager la nourriture des patients. Nous sommes actuellement en train d'effectuer une enquête épidémiologique sur les habitudes d'hygiène d'un échantillon de généralistes, gynécologues, chirurgiens et dentistes. Les résultats définitifs sont prévus pour le mois de juillet 1993, mais ils montrent déjà qu'en ce qui concerne les médecins généralistes, 44% d'entre-eux se lavent les mains systématiquement, 34% parfois et 23% jamais... Les mêmes pourcentages sont retrouvés chez les gynécologues. Se laver correctement les mains après chaque soin apporté au patient et faire preuve d'une hygiène de base permettrait sans aucun doute de diminuer l'incidence de l'hépatite A parmi les travailleurs de la santé. D'une manière générale, une vaccination centrée sur l'hépatite A combinée avec une revalorisation des mesures d'hygiène me semble l'attitude la plus sensée dans le cadre d'une prévention de cette affection." ■

Hépatite A

DES SOUS-GROUPES A RISQUE PARMI LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

Pratiquement en même temps que la mise sur le marché du vaccin contre l'hépatite A, les épidémiologistes se sont mis à explorer des aspects encore mal connus de cette maladie infectieuse. Ils se sont intéressés aux populations à risque bien sûr, et aussi dans ce cadre, aux professionnels de la santé. Deux conclusions se dégagent. D'une part, des sous-groupes à risque accru ont été identifiés parmi le personnel hospitalier. D'autre part, l'efficacité des précautions traditionnelles d'hygiène en milieu hospitalier est incomplète.

On le sait, l'hépatite A est une maladie à transmission oro-fécale, qui se rencontre dans pratiquement toutes les régions du monde.

Dans les pays industrialisés, l'épidémiologie a permis d'identifier certains groupes à haut risque: les voyageurs se rendant dans les régions endémiques, les militaires, les égoûtiers, les professionnels de la santé et les personnes se trouvant dans les institutions pour handicapés mentaux.

Premiers soupçons

La transmission du virus de l'hépatite A peut se réaliser en milieu hospitalier, même si la probabilité qu'une telle éventualité se produise est faible. Les précautions d'hygiène générales, mises en place pour contrer l'ensemble des maladies infectieuses, semblent à première vue en effet suffisantes. Il n'empêche qu'en ce qui concerne l'hépatite A, les contacts rapprochés avec les patients et les problèmes d'incontinence fécale en milieu pédiatrique ou dans les hômes pour personnes âgées constituent un risque potentiel d'hépatite A.

Une étude réalisée en 1986 par Lange dans différentes cliniques de Berlin montrait une prévalence élevée de sérologies positives pour l'hépatite A dans le groupe des pédiatres (37,9%), comparativement aux médecins des autres départements (23,5%). Une constatation semblable était faite parmi les infirmières.

Etudes récentes en Belgique et ailleurs

En 1992, au cours du congrès de Vienne consacré à l'hépatite A, Hofmann confirme les mêmes conclusions: les infirmières travaillant dans les unités de maladies infectieuses et pédiatriques présentent une prévalence élevée d'hépatites A.

En plus de ces quelques études de prévalence, d'autres travaux se sont penchés sur les phénomènes de transmissions au personnel de santé en cas d'infection active dans les services pédiatriques. Rosenblum constate que les infirmières qui soignent les enfants contagieux sont 3 fois plus souvent atteintes que leur collègues occupées avec d'autres enfants. Et ce malgré les précautions d'usage en vigueur à l'hôpital. Dans notre pays, une étude séro-épidémiologique sur la prévalence de l'hépatite A dans le groupe des professionnels de la santé a été réalisée en 1992 par le Dr P. Van Damme (UIA). Elle consistait à comparer le risque de transmission du virus de l'hépatite A entre un service pédiatrique et deux hôpitaux généraux de la région d'Anvers. Les résultats ont montré que le risque de contracter une hépatite A serait pratiquement le double pour le personnel des services de pédiatrie.

Nécessité de la vaccination

Jusqu'il y a peu, les seules options en matière de prévention de l'hépatite A étaient de considérer attentivement les mesures d'hygiène vis-à-vis des maladies infectieuses, et de recourir aux immunoglobulines dans un but prophylactique. Actuellement, les travaux épidémiologiques consacrés aux professionnels de la santé démontrent que ces mesures ne suffisent pas. Parmi ceux-ci, des sous-groupes à risque accru ont été identifiés (services pédiatriques, institutions de soins pour handicapés ou personnes âgées).

Ces constatations impliquent l'adoption de nouvelles stratégies, et positionnent la vaccination comme étant l'attitude la plus adéquate possible. ■

Diphtérie

EPIDEMIE EN UKRAINE ET EN RUSSIE

Tous les voyageurs vers une zone endémique devraient recevoir un rappel de vaccin contre la diphtérie.

En Ukraine et en Russie sévit actuellement une épidémie de diphtérie. Cette épidémie est signalée entre autres dans les villes de Moscou, St. Pétersbourg, Odessa et Kiev.

Au cours du second semestre de l'année 1992, ce sont 1500 cas qui ont été signalés en Russie et 800 cas en Ukraine.

La diphtérie, maladie contagieuse grave, est devenue rare dans notre pays. En Belgique en effet, tous les enfants sont en principe vaccinés dès l'âge de trois mois contre la diphtérie (vaccin combiné Combivax).

Après l'âge de 6-7 ans, en Belgique comme dans la plupart des pays avoisinants, aucune injection de rappel n'est donnée à cause des inconvénients possibles de la revaccination. Une dizaine d'années après une vaccination de base, l'immunité commence à décroître régulièrement, si bien qu'environ la moitié de la population adulte ne possède plus d'anticorps protecteurs détectables.

La question se pose donc de savoir si les voyageurs adultes vers les pays de l'est européen (et d'autres régions à risque) doivent être vaccinés, et si il ne faudrait pas reconsidérer l'éventualité d'un rappel systématique anti-diphtérique, simultanément au rappel antitétanique tous les 10 ans.

Le groupe Vax Info propose l'attitude suivante:

Tous les voyageurs à destination de régions où le niveau d'hygiène est moins élevé, devraient recevoir un rappel antidiphtérique avec 1/5 de la dose pédiatrique, simultanément au rappel antitétanique. En pratique, on peut mélanger 1/5 d'ampoule Tedivax avec 1 ampoule Tevax dans la même seringue. Le nombre annuel de voyageurs concernés atteindrait 500000. D'ici peu de temps, on disposera d'une combinaison tétanos-diphtérie à dose adaptée pour les adultes. Un adulte qui n'aurait jamais été vacciné devrait recevoir 2 injections à 4 à 6 semaines d'intervalle, et un 3ème rappel après un an, tout comme pour le tétanos. ■

F

fièvre jaune

EPIDEMIE AU KENYA

En raison de l'épidémie actuelle, la vaccination s'impose pour tous les voyageurs à destination du Kenya.

Une épidémie de fièvre jaune a débuté au Kenya en février de cette année; cela faisait plus de 50 ans que cette maladie n'avait plus été signalée dans ce pays.

La fièvre jaune est une infection virale qui est transmise par des variétés spécifiques de moustiques qui normalement vivent au sommet des arbres. L'infection touche seulement les singes dont l'habitat est constitué par les forêts tropicales d'Afrique et de la région amazonienne, et parfois également des populations de singes des savanes avoisinantes.

L'homme est occasionnellement contaminé, lorsque des moustiques vivant dans des agglomérations humaines sont contaminés par une personne ou un singe infecté.

L'épidémie au Kenya est probablement la conséquence des migrations de réfugiés en provenance de pays voisins.

Bien que le Kenya n'exige plus la vaccination contre la fièvre jaune, l'Institut de Médecine Tropicale a toujours recommandé cette vaccination aux voyageurs, en raison du risque potentiel de maladie lié à la persistance des moustiques vecteurs. Ce conseil était particulièrement valable pour les personnes qui voyageaient en dehors des grandes villes et des centres touristiques. En raison de l'épidémie actuelle, la vaccination s'impose pour tous les voyageurs à destination du Kenya. Comme le Kenya reste considéré par les instances de l'OMS comme une zone de transmission potentielle pour la fièvre jaune, différents pays exigent un certificat de vaccination des personnes quittant le Kenya, et transitant sur leur territoire. ■

Si vous vous posez des questions concernant les vaccinations, vous pouvez les adresser au Dr Juan Coulon, rue du Viaduc 72 à 1050 - Bruxelles. Un membre du groupe Vax Info y répondra dans un prochain numéro.

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.

Membres du groupe Vax Info

Dr André, SKB Biological

Dr. L. Blancke, Kind Gezin

Prof. R. Clara., UIA

Prof J. Desmijter, AZ St Rafaël

Dr. F. Dondeyne, Min. de la Communauté flamande

Dr. D. Hansen-Koenig (GDL)

Dr. R. Hemmer (GDL)

Dr. Hautekeete, AZ VUB Jette

Prof. G. Leroux, U.Z. Gent

Prof. M. Malengrau, Ecole de Santé Publique de l'UCL

Prof. Meheus, UIA

Dr. B. Swennen, Ecole de Santé Publique de l'ULB

Dr. P. Van Damme, UIA

Dr. A. Van Gompel,

Inst. de Méd. Tropicale

Dr. R. Vranckx, Inst.

d'Epidémiologie et d'Hygiène

Secrétariat de rédaction

Dr Juan Coulon

Les informations contenues dans Vax Info sont revues par un ou des membres du groupe Vax Info

Vax Info est soutenu par la société SmithKline Beecham.

Editeur responsable:

Monsieur J. Dewinter;

SmithKline Beecham Pharma, rue du Tilleul, 13 - 1332 Genval.