

Sommaire

- **EDITORIAL** (lecture: ± 30 sec.)
 - Campagne grippe
- **HEPATITE A** (lecture: ± 40 sec.)
 - Prix Galien
- **TYPHOÏDE** (lecture : ± 30 sec.)
 - Un nouveau vaccin
- **GRIPPE** (lecture : ± 1 minute 30 sec.)
 - Couverture vaccinale insuffisante
- **GRIPPE, HÉPATITE B, PNEUMOCOQUE** (lecture: ± 3 minutes)
 - Vacciner les adultes
- **CHOLÉRA** (lecture: ± 40 sec.)
 - Pandémie et voyageurs
- **TUBERCULOSE** (lecture: ± 1 minute)
 - Situation préoccupante aux Etats-Unis
- **QUESTION - RÉPONSE** (lecture: ± 1 minute 30 sec.)
 - Le vaccin contre le pneumocoque
- **VACCINATION CONTRE LA DIPHTÉRIE**
(lecture: ± 1 minute 30 sec.)
 - Recommandations en Communauté française

ÉDITO

CAMPAGNE GRIPPE

Saison oblige, ce numéro de Vax Info fait le point quant à la vaccination contre la grippe en pages 3 et 4. Pour leur part, Mesdames Laurette Onkelinx, Ministre Présidente de la Communauté française chargée de la Santé et des Affaires Sociales, et Leona Detiège, Vlaamse Minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden ont donné le 14 septembre le coup d'envoi à une campagne nationale de promotion de la vaccination contre la grippe.

Voici l'occasion de rappeler que dans le public, trop d'idées fausses persistent quant à la grippe et sa prévention. Les professionnels de la santé peuvent remplir un rôle primordial pour une meilleure information. Toutes les enquêtes le démontrent: le public attend de son médecin qu'il soit un conseiller, et la majorité des patients accueillent favorablement une proposition préventive...

L'asbl Question Santé a réalisé divers supports de sensibilisation à l'intention du public: affiche, dépliant et brochure "Bien-être et santé pour les + de 60 ans".

Ce matériel vous sera envoyé sur simple demande à Question Santé, 72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles (mention Vax Info). ■

On estime aussi qu'après un jour, 99% des voyageurs oublient les recommandations d'hygiène qu'ils ont reçues à leur départ;

- **la famille et l'entourage des personnes infectées;**
- **le personnel de santé et des crèches et autres institutions :** pour les infirmières travaillant dans les départements pédiatriques, le risque d'infection est 3 fois plus élevé par rapport à la population normale;
- **le personnel du secteur alimentaire :** le virus peut être transmis par un porteur à n'importe quel aliment qui n'est pas cuit;
- **les forces armées :** les conditions de vie dans les casernes et les camps augmentent le risque de propagation du virus de l'hépatite A.

Une dose d'Havrix donne une séroconversion de 72%. Lors d'une seconde dose, la séroconversion augmente jusqu'à 99,9%. Ces deux doses sont administrées à un intervalle allant de 2 semaines à 1 mois et protègent contre l'hépatite A pendant un an. Une dose de rappel après 6 mois à 1 an donne une protection contre l'hépatite A pour plus de 10 ans. ■

Typhoïde

UN NOUVEAU VACCIN

Il assure un taux de protection de 65 %.

Le vaccin Typhim Vi mis au point par Mérieux est préparé à partir de la souche Salmonella typhi, dont on extrait et purifie le polysaccharide capsulaire, l'antigène Vi. Le vaccin est présenté en seringue prête à l'emploi. Une seule injection est suffisante. Typhim Vi a été étudié chez plus de 10.000 sujets, enfants et adultes, tant dans des pays à forte endémicité comme le Népal et l'Afrique du Sud, que dans des pays à incidence réduite comme la France ou l'Angleterre. Les effets secondaires se limitent à des réactions locales mineures. Aucun effet secondaire sévère n'a été rapporté. Des études menées en France, au Chili et en Amérique du Nord ont rapporté des taux de séroconversion de 95 à 100% après une seule injection, et une protection de 65% des vaccinés. Retenons que l'immunité durable est acquise 15 jours après l'injection.

Nous reviendrons dans un prochain numéro sur la vaccination contre la typhoïde. ■

Hépatite A

PRIX GALIEN

Le Prix Galien de la recherche pharmaceutique a été décerné à la firme SmithKline Beecham au mois de juin 1993 pour l'Havrix, vaccin contre l'hépatite A.

Ce vaccin représente une première mondiale et l'aboutissement de 8 années de recherche et de développement, pour un coût global évalué à plus de 6 milliards de FB. Rappelons donc que les groupes à haut risque en Belgique sont surtout:

- **les voyageurs vers certaines destinations:** l'hépatite A est la maladie du voyageur la plus fréquente pouvant être évitée par la vaccination. La fréquence de l'hépatite A est 40 fois plus élevée que celle de la typhoïde et 800 fois plus élevée que celle du choléra.

Grippe

COUVERTURE VACCINALE INSUFFISANTE

La gravité de l'infection par le virus influenza reste largement sous-estimée.

Malgré les recommandations officielles, la vaccination des personnes dites "à risques" reste insuffisante.

La vaccination contre l'influenza reste souvent l'objet de discussions, tant au niveau de sa nécessité que de son efficacité. Pour les scientifiques, ses avantages ne font pourtant pas de doutes.

Si la souche vaccinale correspond à la souche circulante, ce qui est le cas dans 88% des cas (1), l'efficacité du vaccin peut être estimée en terme de prévention de la maladie. Elle s'établit alors à 70 % chez les jeunes adultes, mais ce pourcentage diminue avec l'âge (2).

Les personnes âgées, pourtant les plus concernées, semblent donc apparemment moins bien protégées. Mais l'efficacité vaccinale peut être évaluée chez ces dernières par une réduction de 70% des hospitalisations, et surtout une diminution de 80% de la mortalité.

La mortalité liée à l'influenza est souvent largement sous-estimée, car la maladie se superpose souvent à d'autres pathologies déjà existantes, et le décès est notifié avec une autre causalité. Aux Etats-Unis, la grippe constitue la quatrième cause de décès chez l'adulte (3). Durant l'importante épidémie de décembre 1989, environ 4.000 décès auraient pu être évités en Belgique, si toutes les personnes devant normalement être vaccinées l'avaient été. Le même raisonnement pourrait s'appliquer pour les 26.000 décès reliés à cette même épidémie au Royaume-Uni (4).

La plupart des recommandations internationales conseillent de vacciner deux groupes: les personnes à risques et celles susceptibles de transmettre l'affection

à ces mêmes personnes à risques. Toutes les personnes fragilisées par l'âge (plus de 60-65 ans), ou une affection chronique (surtout pulmonaire, cardiaque ou rénale) sont considérées comme étant à risques.

La couverture vaccinale des personnes vivant en maison de repos semble relativement satisfaisante (69% dans une enquête bruxelloise) (5). Par contre, aucun chiffre n'est disponible sur le taux de vaccination des personnes souffrant d'affection chronique. Néanmoins, les 858.500 doses distribuées en 1992 laissent imaginer aisément la faible couverture vaccinale des deux millions de personnes à risques. Il est fort probable que les moins bien vaccinées sont les personnes vivant seules, celles souffrant d'affections peu invalidantes ou celles atteintes d'affections chroniques bien contrôlées (diabète, cancer,...).

L'extension de la vaccination aux personnes susceptibles de transmettre la maladie aux personnes à risques (personnel médical, personnel des maisons de repos, membres de la famille des personnes à risques, y compris les enfants) n'est pas encore entrée dans les habitudes médicales, malgré les effets secondaires quasi inexistantes (6), qui sont pourtant évoqués comme première cause de non-vaccination du personnel médical aux Etats-Unis (7). La seule contre-indication connue est rarissime -allergie au blanc d'oeuf-, et l'asthme, parfois invoqué, ne peut être retenu comme tel (8).

La vaccination ne confère pas une immunité de fond, et exige donc une revaccination annuelle, ceci même si la composition du vaccin est identique à celle de l'année précédente.

Notons aussi que l'administration simultanée du vaccin contre le pneumocoque -pour lequel les groupes à risques sont souvent similaires à ceux de l'influenza-, peut se faire, mais à un autre site d'injection. ■

Dr. René Snacken
Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie - Bruxelles

Références :

- (1) Palache A.; *Eur. J. Clin. Research*, 1993
- (2) A.C.I.P./M.M.W.R., 1993
- (3) Carter W.; *H.S.R.*, 1986
- (4) Curwen M. et al; *B.M.J.*, 1990
- (5) Dewals P. et al; *Rev. Epidém. Santé Publ*, 1992
- (6) Karen L. et al; *JAMA*, 1990
- (7) Watanakunakorn C. et al; *Infect. Contr. Hosp. Epidem.*, 1993
- (8) Campbell B. et al; *Med. J. Austr.*, 1984

Grippe, hépatite B, pneumocoque

VACCINER LES ADULTES

Chez les adultes, trois vaccins peuvent apporter un réel espoir en matière d'amélioration de la santé publique: il s'agit de ceux contre le pneumocoque, la grippe et l'hépatite B.

Les problèmes rencontrés aux Etats-Unis en matière de conduite des vaccinations ont fait l'objet d'un article dans le "New England Journal of Medicine" du mois d'avril 93.

Aux Etats-Unis, la vaccination des adultes ne reçoit pas les mêmes priorités que celles des enfants. Pourtant, les statistiques sanitaires ont clairement démontré que le taux de mortalité lié aux affections pouvant être prévenues par vaccination est plus élevé chez les adultes que chez les enfants. Ces statistiques montrent que 50.000 à 70.000 adultes meurent chaque année des suites d'une infection causée par le pneumocoque, le virus de la grippe ou celui de l'hépatite B, contre environ 1.000 enfants pour les mêmes pathogènes. Les raisons les plus probables invoquées pour expliquer la faible couverture vaccinale seraient d'une part les doutes et la méfiance des patients à l'égard des vaccins et d'autre part le manque d'adhésion des médecins à la politique de prévention. D'autres facteurs interviennent certainement, tels que la charge financière du patient. Parmi les nombreux vaccins utilisés aux Etats-Unis chez les adultes, trois de ceux-ci peuvent apporter un réel espoir en matière d'amélioration de la santé publique. Il s'agit des vaccins contre le pneumocoque, la grippe et l'hépatite B.

Le vaccin contre le pneumocoque

Le vieillissement de la population, la susceptibilité aux infections accrue chez les patients atteints du sida et l'apparition de résistances aux antibiotiques chez le pneumocoque font, qu'aux Etats-Unis, on s'attend à une augmentation du nombre de décès évaluée à 40.000 par an. Seulement 14% des personnes âgées de 65 ans ou plus, et 5 à 7% de celles âgées entre 18 à 64 ans ayant des affections qui les prédisposent à une infection par le pneumocoque ont reçu le vaccin. Il

semble bien que cette attitude passive par rapport aux recommandations soit principalement due à un manque de confiance vis-à-vis du vaccin. Ceci est d'autant plus regrettable que les études sur le vaccin montrent de très hauts niveaux de protection (85 à 90%) chez les personnes de moins de 55 ans. A l'inverse, on a constaté que la protection vaccinale était plus faible (mais non nulle) chez les personnes âgées et chez celles atteintes du sida. Les chiffres les plus récents font état d'une efficacité de l'ordre de 56%.

Un autre argument avancé par les détracteurs de la vaccination est que le vaccin ne contient que 23 sérotypes sur les 83 du pneumocoque. A cela, on peut répondre que ces 23 sérotypes sont responsables de 88% des infections.

Au total, malgré les limites reconnues du taux de protection vaccinale, les bénéfices restent considérables et font que la vaccination contre le pneumocoque devrait être incluse dans un schéma destiné à l'adulte.

Le vaccin contre la grippe (voir aussi p. 2)

En dépit de la disponibilité des vaccins, 19 épidémies de grippe se sont succédées aux Etats-Unis depuis 1957, responsables chacune de plus de 10.000 décès. Dans 2 de ces épidémies, on a même compté plus de 40.000 décès. La mortalité est la plus forte parmi la population âgée de 65 ans ou plus et/ou chez les patients atteints d'une affection cardio-pulmonaire. Chez les jeunes adultes, la vaccination apporte un taux de protection de l'ordre de 65 à 80%. Par contre chez les personnes âgées, le vaccin ne serait préventif de la maladie clinique que dans 30 à 40% des cas. Cependant, il permet de diminuer fortement la sévérité des symptômes de la grippe, de même que le nombre d'hospitalisations et de décès.

Aux Etats-Unis, le vaccin contre la grippe est donc non seulement recommandé pour les personnes âgées et celles présentant des facteurs de risques, mais aussi pour le personnel médical qui, du fait de la profession, est susceptible de transmettre la maladie à de nombreux patients. Rappelons que les vaccins actuels sont sûrs et que la courte durée d'immunisation, ainsi que les variations antigéniques, impliquent que la vaccination soit renouvelée chaque année dans les groupes-cibles.

Le vaccin contre l'hépatite B

L'hépatite B est typiquement une maladie que l'on peut très efficacement prévenir par un vaccin, mais dont l'incidence augmente chaque année du fait de

l'abstention vaccinale. Aux Etats-Unis, les statistiques font état de 300.000 nouvelles infections par le virus de l'hépatite B chaque année, de 250 décès par hépatite fulminante, de 4.000 décès par cirrhose et de 800 décès par cancer du foie...

Le vaccin contre l'hépatite B est considéré comme étant le premier vaccin "anti-cancer". C'est aussi le premier vaccin commercialisé contre une maladie sexuellement transmissible (MST), puisque c'est là le mode de transmission principal du virus. Il est par ailleurs efficace à 85-95% dans la prévention de l'infection chez les jeunes adultes.

On a constaté que la réponse immunitaire en terme de taux d'anticorps était inversement proportionnelle à l'âge. La réponse immunitaire diminue également en cas de diabète, d'insuffisance rénale, d'affection hépatique chronique, de sida, de tabagisme et d'obésité.

La durée de la période pendant laquelle le vaccin apporte une protection maximale demeure imprécise. Sept ans après la vaccination par le vaccin dérivé du plasma, 30 à 50% des jeunes adultes possèdent un niveau d'anticorps inadéquat ou indétectable *. Pour cette raison, certains médecins n'hésitent pas à donner une nouvelle dose de vaccin après 5 ou 7 ans. Néanmoins, malgré ces données de laboratoire, il est établi que la protection contre l'hépatite symptomatique persiste au moins 7 ans. Les patients en dialyse et ceux atteints du sida nécessitent de fortes doses dès le début de la vaccination.

Des rappels de routine ne sont pour le moment pas recommandés. Certains hôpitaux font une sérologie de contrôle aux personnes vaccinées après 5 à 7 ans et donnent une dose "booster" lorsque le taux d'anticorps est tombé à zéro. Chez les patients sous hémodialyse ou sous traitement immunosuppresseur, le taux d'anticorps doit être mesuré chaque année pour évaluer la nécessité de rappels plus fréquents.

De nombreuses personnes à risques (par exemple 30% des individus infectés) ne se reconnaissent pas comme telles. Cette "non-conscience" rend difficile une vaccination ciblée des personnes à risques et explique la recommandation actuelle aux Etats-Unis de vacciner tous les nouveaux-nés. Par cette attitude, les jeunes adultes ne seront protégés que dans 15 à 20 ans, ce qui implique la définition d'une stratégie transitoire (par exemple vaccination des jeunes adolescents -n.d.l.r. 10 à 12 ans-). Il s'agit-là d'un problème important, auquel il faut ajouter, toujours selon les auteurs de l'article, le coût élevé du vaccin. ■

* En Belgique, le vaccin produit par génie génétique est le plus largement utilisé.

Référence : "Immunization of adults"; Gardner P, Schaffner, W; New England Journal of Medicine, 1993; vol 328: 1252 - 1258.

Estimation des effets d'une utilisation optimale des vaccins généralement recommandés pour les adultes				
Maladie	Mortalité annuelle estimée	Efficacité vaccinale estimée	Utilisation vaccinale actuelle	Nombre de décès évitables/an
	no.	%	%	no.
Grippe	20,000	70	30	9,800
Pneumocoques	40,000	60	14	20,640
Hépatite B	5,000	90	10	4,050
Tétanos-diphthérie	< 25	99	40	< 15
Maladies des voyageurs (choléra, typhoïde, encéphalite japonaise, fièvre jaune, poliomyélite et rage)	< 10	-	-	< 10
Rougeole, oreillons, rubéole	< 30	95	Variable	< 30

Choléra

PANDÉMIE ET VOYAGEURS

Pour un voyageur occidental, l'information sur les mesures d'hygiène à suivre est préférable à la vaccination systématique.

Cette maladie a déjà frappé plus de 3 millions de personnes et provoqué des milliers de décès dans le monde depuis le début de la pandémie en 1961. Selon l'OMS, aucune accalmie n'est en vue. Cette épidémie de choléra est liée à la transmission du *Vibrio cholerae* El Tor, capable de survivre de longues années en milieu aquatique. Cette particularité fait qu'il est hautement improbable que la pandémie finisse par disparaître de si tôt...

En 1992, 68 pays ont rapporté 461.783 cas et 8.071 décès. Le Pérou, pays dans lequel l'épidémie a commencé en 1991, compte le plus grand nombre de cas: 212.642, soit 67% de tous les cas notifiés dans les Amériques.

Le choléra peut être considéré comme étant révélateur du bien être socio-économique d'un pays. Les

conditions climatiques, les troubles politiques persistants, par exemple en Afrique, le déplacement de centaines de milliers de personnes aggravent des situations sanitaires précoces.

Le risque pour un voyageur occidental de contracter la maladie est estimé à 1 pour 500.000; en cas de maladie, celle-ci sera en général non mortelle. Le vaccin ne confère qu'une protection de 50% et pour quelques mois seulement. Il vaut donc mieux informer les patients sur les mesures d'hygiène à suivre, plutôt que de vacciner systématiquement. Le vaccin actuel n'est d'ailleurs pas recommandé par l'OMS. ■

Référence OMS: communiqué 47; 22/6/93.

Tuberculose

SITUATION PRÉOCCUPANTE AUX ETATS-UNIS

Aux Etats-Unis, on assiste à une résurgence de la tuberculose et à l'apparition de multirésistance. En Belgique, la situation reste plus rassurante.

Cette maladie "historique" est redevenue un problème de santé publique aux Etats-Unis. Après un déclin régulier de la tuberculose sur près de 40 ans, l'incidence s'est d'abord stabilisée en 1985 puis a augmenté depuis 1989.

La détérioration socio-économique et l'épidémie de sida sont certainement les causes majeures de cet état de chose.

La tuberculose-maladie est en effet plus fréquente parmi les malades atteints du sida. On constate chez eux un retard de diagnostic et donc de traitement; ce retard est dû au fait que les tests tuberculiniques sont souvent négatifs, de même que la recherche des bacilles de Koch dans les expectorations.

On constate aussi une augmentation du nombre de bacilles de Koch résistants et multirésistants. Les statistiques des hôpitaux de New-York montrent que 15% au moins des souches primitives du bacille de Koch sont résistantes à l'isoniazide ou à la rifampicine, ou aux deux à la fois. La fréquence des

résistances est plus élevée chez les malades qui ont déjà été traités. Ceci est principalement dû à une mauvaise compliance au traitement. En Belgique, depuis 1989, 15 personnes, dont 4 de nationalité belge, ont présenté une infection multirésistante.

Cette résurgence de la tuberculose aux Etats-Unis réveille dans ce pays l'intérêt pour le vaccin BCG (*). Ce vaccin est largement utilisé dans le monde surtout chez les enfants; aux Etats-Unis, il est recommandé pour certaines populations à haut risque. Les études quant à son efficacité chez l'adulte ont par contre donné des résultats variables et même contradictoires. En outre, la vaccination par BCG entrave le diagnostic précoce de la tuberculose, par la perte de l'efficacité du test à la tuberculine. Actuellement, il n'y a donc pas de raison suffisante pour étendre les indications de cette vaccination. D'ailleurs ce vaccin n'est plus disponible en Belgique. ■

(*). En Belgique, les statistiques actuelles de cas enregistrés de tuberculose ne montrent pas de résurgence; d'autre part, on n'a pas encore démontré de lien entre infection à HIV et tuberculose.

Référence. "Maladies infectieuses"; Stoeckle M, Gordon Douglas R; Année Méd. 1992-1993 : 35 - 37 et "Immunization of adults"; Gardner P, Schaffner, W; New England Journal of Medicine, 1993; vol 328: 1252 - 1258.

Tuberculose: recommandations nationales

Les recommandations émanant de la FARES et du VAGT sont actuellement revues par un groupe de travail national. Elles seront rendues publiques en début 1994. A ce stade, on peut souligner les grandes tendances: confirmation de l'abandon du dépistage systématique; choix de la méthode de dépistage ciblé en fonction de l'index tuberculinique existant dans le groupe ciblé; indications de vaccination par le BCG dans des cas très particuliers. Nous reviendrons ultérieurement sur ce sujet. ■

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.

Question - Réponse

LE VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE

Un confrère nous a fait parvenir une question susceptible d'intéresser de nombreux lecteurs. C'est l'occasion de faire paraître une mise au point rédigée par le professeur Clara.

Q: "Un de mes patients de 25 ans, splénectomisé, a fait il y a un mois une méningite à pneumocoque dont il est sorti indemne (...). L'interniste qui l'a eu en charge me conseille de le vacciner contre le pneumocoque. (...) Les risques encourus sont-ils plus ou moins importants que le bénéfice de la vaccination; autrement dit, dois-je le vacciner ? (...)"

Composition

Bien qu'on décrive 83 sérotypes de pneumocoques avec des polysaccharides capsulaires différents, il existe seulement une douzaine de sous-types responsables de la plupart des infections à pneumocoques chez les enfants et les adultes (sérotypes 1,3,4,6,7,9,14,18,19,23).

Le vaccin actuel de MSD et Mérioux contient 23 sérotypes qui protègent contre 88 % des infections graves chez l'adulte (bactériémie et méningite). Le vaccin contient une grande quantité d'antigènes polysaccharidiques, notamment 25 µg par sérotype (au total 575 µg à comparer avec 10 à 40 µg pour le vaccin anti-diphtérique et 2 à 10 µg pour le vaccin anti-tétanique).

Les variétés bactériennes avec une capsule polysaccharidique amènent une réponse indépendante du thymus, et les jeunes enfants fabriquent peu ou pas d'anticorps contre ces antigènes indépendants des cellules T.

Effets secondaires

Une première application du vaccin antipneumococcique donne en général uniquement des réactions locales et générales limitées.

La revaccination, néanmoins, peut provoquer des réactions sérieuses, entre autres un phénomène d'Arthus (réaction semi-tardive avec formation de complexes immuns entre anticorps et antigènes), surtout si le vaccin est réadministré endéans un terme de 3 ans. La revaccination est rarement recommandée, d'autant plus que l'intervalle optimal entre les vaccinations n'est pas connu. Les patients qui ont été vaccinés avec le premier vaccin antipneumococcique, qui avait été mis au point et qui contenait seulement 14 sérotypes, ne peuvent pas subir de rappel avec les vaccins contenant 23 sérotypes.

Indications

Étant donné les remarques citées ci-dessus, le vaccin antipneumococcique est seulement recommandé aux personnes appartenant aux groupes à hauts risques. Une des plus importantes indications est l'asplénie fonctionnelle (par exemple celle due à l'anémie à cellules falciformes) ou anatomiques, étant donné le grand risque de septicémie fulminante à pneumocoques qui peut éventuellement mener à la mort rapidement, si elle n'est pas traitée rapidement et efficacement. On doit tenir compte que chez un certain nombre de patients qui ont subi une splénectomie, l'immunisation avec le nouveau vaccin antipneumococcique entraîne une production moindre d'anticorps. Pour obtenir une réponse immunitaire maximale, il est recommandé si possible d'administrer le vaccin au moins deux semaines avant la splénectomie programmée. Si ceci n'était pas possible, l'indication de vaccination contre le pneumocoque, après la splénectomie, reste valable. Selon P. Gardner et N. Schaffner, la vaccination antipneumococcique est aussi indiquée chez toutes les personnes âgées (New England Journal of Medicine, 1993; 328: 1252-1258). Aux États-Unis, les infections à Streptocoques pneumoniae sont responsables de 40.000 décès par an, principalement chez les personnes âgées.

Après vaccination, 93% des personnes de moins de 55 ans sont protégées contre les infections pneumococciques les plus graves. Ce pourcentage chute significativement avec l'âge pour atteindre 46% pour les plus de 85 ans. Pourtant, 14% seulement des personnes âgées (≥ à 65 ans) sont vaccinées et 7 % seulement des personnes à hauts risques de 18 à 64 ans. L'apathie est la raison principale de l'emploi insuffisant du vaccin antipneumococcique. Un rappel après 6 ans est uniquement indiqué pour les personnes à plus haut risque d'infection généralisée à pneumocoques, p.e. les patients aspléniques.

Prophylaxie par antibiotiques

Aussi bien le "Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksgezondheid" aux Pays-Bas que l'"American Academy of Pediatrics" mettent en garde quant à l'illusion d'une protection totale par la vaccination contre toutes les infections à pneumocoques. Du fait de la protection seulement partielle après une vaccination contre le pneumocoque, la prophylaxie par antibiotiques est indiquée, en l'occurrence par les pénicillines V et G ou l'ampicilline.

Chez les adultes et les enfants plus âgés, aucun traitement d'entretien n'est donné, mais des antibiotiques sont prescrits, que le patient doit prendre à la demande. Le patient doit utiliser ces antibiotiques dès qu'il ressent les premiers signes d'une infection, et il doit toujours dès cet instant, aussi rapidement que possible, se rendre chez son médecin pour une mise au point et un contrôle.

Perspectives

À l'avenir, il sera urgent de mettre au point un vaccin conjugué (capsule polysaccharidique liée à un antigène dépendant des cellules T), qui réveillera une réponse immunitaire dépendant des cellules T comme le vaccin actuel contre l'*Hémophilus influenzae* type b. ■

Vaccination contre la diphtérie

RECOMMANDATIONS

La Direction Générale de la Santé du Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté française a émis des recommandations pour les voyageurs se rendant dans les républiques de la CEI touchées par la diphtérie.

La vaccination anti-diphtérique du nourrisson comporte 4 injections, administrées simultanément avec les vaccins contre la coqueluche et le tétanos aux âges de 3, 4, 5 et 13 ou 14 mois. Une injection de rappel est recommandée à l'âge de 6 ans simultanément avec le vaccin anti-tétanique.

La vaccination contre la diphtérie n'est pas obligatoire mais est bien sûr hautement recommandée et bénéficie d'un large consensus auprès du corps médical. Ceci a permis la disparition actuelle de cas autochtones de diphtérie en Belgique. Ce résultat a été obtenu sans que la population adulte ne reçoive d'injection de rappel et malgré le fait que certains parmi nos concitoyens les plus âgés n'ont jamais été vaccinés.

L'apparition récente d'épidémies de diphtérie dans certaines anciennes républiques d'U.R.S.S., dont la Russie et l'Ukraine qui, par ailleurs, constituent des destinations touristiques, a amené l'Organisation Mondiale de la Santé et les autorités scientifiques à recommander de vérifier le statut vaccinal et, le cas échéant, d'effectuer un rappel ou de compléter la vaccination de toute personne se rendant dans les régions concernées. Dans ces circonstances, il convient d'attirer l'attention du corps médical sur les précautions à prendre impérativement lors de l'administration du vaccin anti-diphtérique chez toute personne âgée de 7 ans et plus.

1 Il faut utiliser 1/5 de la dose pédiatrique. Dans notre pays, ce vaccin n'existe que dans le dosage destiné à usage pédiatrique et n'est commercialisé que combiné à d'autres vaccins. En pratique, on injectera 1/5 du vaccin bivalent contre la diphtérie et le tétanos (soit 0,1 ml). Cette quantité sera injectée seule ou mieux, s'il est opportun d'en effectuer un rappel, simultanément à une dose de vaccin antitétanique, dans la même seringue. Ceci permet en outre d'obtenir un volume plus aisément injectable.

2 Les personnes en ordre de vaccination (après la vaccination pédiatrique complète et le rappel à 6 ans) et qui se rendent dans les régions précitées, ne doivent pas avoir de rappel avant l'âge de 16 ans.

3 Pour les adultes ayant reçu une vaccination

LES OBJECTIFS DE VAX INFO

Transmettre aux médecins intéressés des informations concrètes et pratiques en matière de vaccination.

Faire part des réflexions d'experts quant aux perspectives d'avenir d'une politique vaccinale en Belgique et dans le monde.

Secrétariat de rédaction
Dr. Juan Coulon

Les frais d'impression et de diffusion de Vax Info sont couverts grâce au mécénat de SmithKline Beecham Pharma. Le choix rédactionnel et le contenu des articles dépendent exclusivement du secrétariat de rédaction et des auteurs, et n'engagent que ceux-ci.

Editeur responsable: Dr. Patrick Trefois - 72, rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

Si vous vous posez des questions concernant les vaccinations, vous pouvez les adresser au Dr. Juan Coulon, rue du Viaduc 72 à 1050 - Bruxelles. Un membre du Groupe de Réflexion Scientifique "Vaccination" y répondra.

pédiatrique complète, une seule injection du vaccin préparé comme décrit dans ce qui précède, est habituellement considérée comme suffisante avant le départ dans les pays précités. Ce rappel-ci pourra être considéré comme protecteur pour une période de 10 ans.

4 Pour les personnes qui n'ont jamais été vaccinées (notamment les personnes âgées), on conseillera d'effectuer une vaccination complète adaptée à l'adulte, à savoir 3 injections du vaccin au 1/5 de la dose pédiatrique : les 2 premières séparées de 4 à 6 semaines, la 3^e après 6 à 12 mois.

5 La seule contre-indication formelle à la vaccination anti-diphtérique est l'existence d'une réaction sévère d'hypersensibilité survenue lors d'une injection précédente. Rappelons ici l'élémentaire précaution qui consiste, comme après n'importe quelle injection de vaccin, à garder son patient une demi-heure dans la salle d'attente, ainsi qu'à disposer d'une solution d'adrénaline à proximité.

A l'heure actuelle, dans notre population, la revaccination généralisée de la population adulte ne s'impose pas. Par contre, toute l'attention doit impérativement être maintenue afin d'assurer la vaccination complète des nourrissons ainsi que le rappel à 6 ans. ■

Dr. W. Brunson

Directeur Général f.f. - Direction Générale de la Santé