



## Grippe

### Vaccination : rôle central du médecin généraliste

**L'Ondersteuningscel Logo's, une structure de soutien des groupes locaux de santé mise en place par la Communauté flamande, a organisé en janvier 2008 une enquête téléphonique sur la vaccination contre la grippe auprès de personnes âgées de 66 ans. Les objectifs étaient d'observer quelles personnes se faisaient vacciner et pour quelles raisons on ne se faisait pas vacciner.**

Un échantillon représentatif de 384 personnes âgées de 66 ans ont été interrogées :

- 61% d'entre elles étaient vaccinées en 2007 contre la grippe (60% des hommes et 62% des femmes).
- 96% des personnes interrogées savent que la vaccination est recommandée aux 65 ans et +.
- 98% des personnes vaccinées (et 86% des non vaccinées) savent également que les mois d'octobre et de novembre sont les plus indiqués pour une vaccination.
- 94% des personnes vaccinées (et 82% des non vaccinées) savent que la vaccination doit être répétée annuellement.
- 90% des personnes vaccinées (et 67% des non vaccinées) savent que la vaccination est le meilleur moyen de prévenir la grippe.

Cependant, des représentations erronées de la vaccination contre la grippe persistent encore. Ainsi, 47% des personnes pensent toujours que le vaccin peut transmettre la grippe (41% des vaccinés et 56% des non vaccinés); 27% pensent

Sommaire	
Grippe p. 1 ▶	Vaccination : rôle central du médecin généraliste
Grippe p. 2 - 3 ▶	Vaccination du personnel des hôpitaux et maisons de repos en Flandre
Mononucléose infectieuse p. 3 - 4 ▶	Des raisons de vacciner ?
Troubles immunitaires p. 4 - 6 ▶	Quels patients vacciner et contre quelles maladies ?
Rougeole p. 6 - 7 ▶	De retour en Belgique
Questions/réponses p. 7 - 8 ▶	Risque de purpura thrombocytopénique idiopathique
	Diagnostic de certitude de la coqueluche

que la vaccination contre la grippe protège aussi contre d'autres infections hivernales (31% des vaccinés et 20% des non vaccinés) ; 17% jugent que la vaccination contre la grippe a le plus souvent beaucoup d'effets indésirables (12% des vaccinés et 26% des non vaccinés).

Les motifs les plus importants pour renoncer à la vaccination sont : « je n'appartiens pas à un groupe à risque », « je n'ai jamais eu la grippe », « je ne crois pas que le vaccin est efficace ».

D'autres raisons évoquées sont de mauvaises expériences antérieures avec le vaccin contre la grippe, la peur de l'injection, la préférence donnée à d'autres moyens comme l'homéopathie, etc.

Le médecin de famille semble, pour 72% des personnes vaccinées, avoir été le déclencheur de la vaccination. Il était suivi par la presse mutualiste et la télévision (21% pour les 2), la famille (18%), la presse écrite (16%), puis la radio, les amis, le pharmacien, les dépliants, etc. Les personnes non vaccinées témoignent pour 59% que leur médecin pourrait les

convaincre de se faire vacciner; 17% attendent une information de leur mutuelle, 15% de leur pharmacien ou de la famille; 31% de ces personnes n'ont jamais été vaccinées contre la grippe. Ces chiffres confirment bien le rôle déterminant joué par le médecin de famille dans la vaccination contre la grippe.

Parmi les personnes interrogées, 49% ont remarqué la campagne « *Blijf uit de greep van griep* » et 30% ont mémorisé le slogan. Une constatation étonnante est que les hommes (59%) semble avoir vu la campagne plus que les femmes (40%).

L'affiche et la campagne ont été principalement remarquées chez le médecin, le pharmacien et dans le journal ou le local de la mutuelle.

Dr Rik Baeten  
Ondersteuningscel logo's

BELGIE - BELGIQUE  
PB - PP  
B - 11  
Bureau de dépôt  
Bruxelles X

## Grippe

### Vaccination du personnel des hôpitaux et maisons de repos en Flandre

**Depuis 2006, les Logo's (groupes locaux de santé mis en place par la Communauté flamande), avec leurs partenaires de la plateforme grippe, mènent une campagne pour encourager la vaccination contre la grippe du personnel des institutions de soins.**

En parallèle avec le matériel d'information classique comme les affiches, les folders, une présentation pédagogique et des propositions d'articles pour le journal du personnel, un guide "*Stappenplan om de griepvaccinatiegraad bij personeel in gezondheidsinstellingen te verhogen*" est également disponible. L'objectif est d'améliorer la couverture vaccinale du personnel, en soutenant les institutions dans une approche plus méthodique.

Jusqu'à présent, il n'y avait jamais eu d'évaluation de la vaccination contre la grippe chez le personnel de santé dans les institutions. C'est la raison pour laquelle la Cellule de soutien aux Logo's a organisé durant l'été 2007 une enquête téléphonique sur la vaccination contre la grippe pendant l'hiver 2006-2007, auprès d'un échantillon représentatif d'institutions flamandes. Au total, 254 des 745 maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS) et 67 des 78 hôpitaux (généraux, spécialisés et universitaires) ont été interrogés.

#### ■ Couverture vaccinale

Les enquêtes locales en Flandre, menées au cours des dernières années, montraient que la **couverture vaccinale** des professionnels de santé variait fortement d'une institution à l'autre, ainsi que selon le

secteur (de 12% à 60%). En moyenne, la couverture vaccinale était estimée à 31% au maximum.

Selon notre dernière étude, on atteignait en 2006 une couverture moyenne de 43,4% dans les MR et MRS (variation entre 0 et 100%) et de 36,3% dans les hôpitaux (variation de 14 à 80%). On estime ainsi la couverture moyenne totale à 37,7%.

Même sans aucun appui financier des autorités, **97% des directions soutiennent la vaccination de leur personnel.** Nous pouvons dire avec certitude qu'il n'est plus nécessaire de sensibiliser les directions des hôpitaux et des MR et MRS à offrir la vaccination contre la grippe à leur personnel. En effet, près de 91% connaissaient les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (CSS); 95% offraient la vaccination contre la grippe en 2006 et 97% avaient l'intention de le faire en 2007. On peut donc dire que l'offre de vaccination au personnel est devenue une habitude bien implantée.

La motivation des directions repose principalement sur leur préoccupation vis-à-vis de la qualité des soins et moins sur une recherche de protection vis-à-vis de l'absentéisme du personnel. Par la vaccination du personnel, 80% des directions veulent prévenir la transmission de la grippe à leurs résidents ou patients ; 40% le font aussi pour protéger le personnel lui-même et 33% pour limiter l'absentéisme pendant une épidémie de grippe.

#### ■ Qui vaccine ?

Le service interne ou externe de **médecine du travail** est le canal le plus utilisé pour offrir la vaccination contre la grippe. Dans les MR et MRS, cette tâche est parfois partiellement ou entièrement prise en charge par le médecin coordonnateur, en moindre mesure par les médecins traitants des membres du personnel ou un autre médecin de famille qui fréquente l'institution. Dans les hôpitaux, c'est principalement le médecin du travail qui en est le responsable, parfois avec la contribution du médecin hygié-

niste de l'institution. Le médecin du travail attaché à l'institution ou du SEPPT (Service externe pour la prévention et la protection du travail) est le plus souvent au centre de l'organisation de la vaccination du personnel. Il n'est pas toujours évident d'identifier qui porte la responsabilité formelle dans l'établissement: le médecin du travail ou un autre membre du personnel.

#### ■ Information

L'**information du personnel** consiste généralement en un avis unique sur la possibilité d'être vacciné contre la grippe. Dans la moitié des institutions, ceci se limite à un avis impersonnel aux valves. Dans l'autre moitié des cas, une lettre personnelle est adressée par la direction ou le service du personnel, ce qui renforce le caractère officiel. On utilise aussi des notes de service, l'intranet, l'information, au cours d'une réunion du personnel, par la direction ou le responsable direct, ou une combinaison de ces méthodes. Une institution mentionne la vaccination contre la grippe dans son règlement de travail, ce qui traduit clairement la position institutionnelle en la matière. L'incitation liée à l'offre augmente avec le caractère officiel.

Dans la moitié des institutions qui communiquent uniquement au moyen de valves, le caractère officiel de la recommandation de vaccination du personnel de santé pourrait être renforcé par quelques mesures simples.

Pour informer le personnel, 258 des 322 institutions utilisent un moyen de communication, 56 usent de deux moyens, 7 de trois et 1 de quatre. La chance que les membres du personnel retiennent l'avis sur l'offre de vaccination parmi le flot d'informations quotidiennes, s'accroît avec le nombre et la diversité des canaux de communication utilisés. Le recours à une communication répétée et diversifiée peut amener un accroissement de la couverture vaccinale.

La promotion de la vaccination contre la grippe se limite la plupart du temps à une annonce. Ceci signifie que l'on part de

la supposition que le personnel de santé est convaincu du sens et de l'utilité de la vaccination contre la grippe. Cet *a priori* est infondé. Les mêmes perceptions erronées vis-à-vis de la grippe et de la vaccination existent chez les professionnels de la santé et parmi le public. La formation continue est donc nécessaire, mais est trop peu proposée. Onze institutions ont publié un article éducatif dans le journal destiné au personnel. A peine 4 institutions ont organisé une réunion d'information.

### ■ Organisation

**L'organisation de l'administration du vaccin** variait également fortement. Généralement, la vaccination était proposée une fois, en un lieu et à un moment donnés. Nonante institutions (25%) organisaient des possibilités de vaccination étalées sur un ou plusieurs jours. Trente le proposaient à chaque changement d'équipe (principalement dans les MR) et 22 dans chaque service (principalement dans les hôpitaux). La probabilité de recevoir la vaccination contre la grippe augmente au fur et à mesure que s'accroît son accessibilité. On peut difficilement attendre que le personnel se déplace pour une vaccination dans son milieu de travail, en dehors des heures normales de travail. Une offre sur mesure demande, dans des grandes institutions comme des hôpitaux, de la créativité pour l'organisation et la mobilisation du personnel, et des moyens.

Parmi les 296 institutions, 294 offraient le vaccin et la vaccination gratuitement. Le **coût** n'est donc généralement pas un obstacle à la vaccination. Dans 25 maisons de repos, le membre du personnel doit dans un premier temps payer son pharmacien et son médecin, avant d'être remboursé de ces frais.

Etonnamment, toutes les institutions n'enregistrent pas de manière adéquate les vaccinations contre la grippe de leur personnel. Seules 69% des MR et MRS peuvent fournir des données, contre 84% des hôpitaux. Le meilleur score des hôpitaux s'explique par le développement administratif plus poussé des hôpitaux

dès qu'ils atteignent une taille moyenne. L'enregistrement des données est effectué par chacun selon ses propres visions et capacités. Un système uniforme n'existe pas, ce qui empêche de distinguer quelles catégories de personnel sont vaccinées. Un bon enregistrement pourrait être un levier pour améliorer la couverture vaccinale, puisqu'il constitue un premier pas vers une amélioration de la qualité.

### ■ Nécessité d'une approche plus systématique

L'empressement des institutions de soins à offrir la vaccination contre la grippe gratuitement à leur personnel de santé, sans obligation ou soutien des autorités, souligne la crédibilité du CSS et de ses avis. La motivation des directions pour le faire illustre le souci de la qualité des soins. Cependant, la couverture vaccinale reste en dessous du niveau attendu. Notre enquête confirme la thèse selon laquelle le taux de vaccination s'accroît d'année en année, mais une couverture optimale n'est certainement pas encore atteinte. Une explication importante réside dans le fait que les représentations et réserves, vis-à-vis de la vaccination contre la grippe, des professionnels de santé ne sont pas différentes de celles existantes parmi la population. D'autres raisons sont le manque de réglementation claire, qui fait perdre le caractère officiel à la mesure, et le manque d'approches organisées systématiques en matière de campagne de promotion et de vaccination. Nous constatons en effet que peu d'institutions planifient leur campagne et font usage d'une diversité de modes de communication et d'administration du vaccin. Pour majorer dans le futur la couverture vaccinale des professionnels de la santé, la plateforme grippe doit pousser les autorités flamandes à traduire les avis du CSS en politique claire. Cette politique devrait créer les possibilités pour les institutions de soins d'offrir plus systématiquement la vaccination contre la grippe.

Dr Rik Baeten  
Ondersteuningscel logo's

## Mononucléose infectieuse

### Des raisons de vacciner ?

**L'infection par le virus Epstein-Barr peut parfois avoir des conséquences graves, par exemple chez les personnes ayant bénéficié d'une transplantation d'organes. C'est une des raisons de l'intérêt porté à la mise au point d'un éventuel vaccin contre ce virus.**

Le virus Epstein-Barr (EBV) appartient au groupe des virus herpès. Sa prévalence est élevée dans la population humaine partout sur la planète. En Belgique, on estime que 85 à 95% des adultes sont immunisés.

L'infection chez les enfants est le plus souvent asymptomatique. A partir de l'adolescence, une mononucléose se déclare chez 30 à 40% des personnes atteintes, avec adénopathies cervicales, pharyngite et fièvre. La phase aiguë est suivie par une sensation de fatigue qui peut persister plusieurs mois. Dans des cas rares, la mononucléose infectieuse entraîne des complications sérieuses comme une hépatite fulminante aiguë, une rupture splénique ou des désordres hématologiques.

Après une primo-infection, l'individu devient un porteur à vie du virus EBV.

L'EBV est associé à des affections cancéreuses rares telles que le lymphome de Burkitt, des lymphomes chez des patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des carcinomes nasopharyngés.

Les infections à EBV représentent un problème particulier et préoccupant pour les personnes bénéficiant d'une transplantation d'organes. Elles sont la cause de désordres lymphoprolifératifs posttransplantations (PTLD), dont l'incidence est comprise entre 3 et 20%. Ces désordres surviennent dans 80% des cas dans les deux ans suivants la transplantation (extrêmes de 30 jours à plus de 10

ans). La mortalité estimée sur les chiffres du passé avoisine les 30 à 60%, mais les récents progrès du dépistage précoce et des traitements ont considérablement diminué ce risque. La morbidité des PTLD reste cependant élevée, puisque ces désordres lymphoprolifératifs débouchent sur des phénomènes de rejets aigus (60-74%), de rejets chroniques (6-17%) et de pertes de greffe (3-17%). Les conséquences humaines et financières de ces infections à EBV sont donc considérables.

### ■ Essai d'un candidat vaccin

Les résultats d'une étude de phase 2, randomisée en double aveugle avec groupe contrôle placebo, ont été récemment publiés. Cette étude, qui faisait suite à une étude de phase 1 réalisée en collaboration entre les Universités de Liège et de Louvain sur 67 volontaires âgés de 18 à 25 ans, a été menée sur 5 sites en Belgique (Anvers, Bruxelles, Charleroi, Louvain et Liège). Au total, 181 volontaires âgés de 16 à 25 ans, négatifs pour les marqueurs sérologiques de l'infection EBV, ont été sélectionnés : *in fine*, 90 personnes dans le groupe «placebo» et 86 dans le groupe «vaccin» ont terminé l'étude.

Le candidat vaccin de *GlaxoSmithKline Biologicals* contenait 50µg de glycoprotéine 350 (gp350) et l'adjuvant AS04 (dans un volume total de 0,5 ml). La glycoprotéine 350 est un antigène viral de la capsule de l'EBV, qui est une cible du système immunitaire après infection naturelle, raison pour laquelle il a été retenu. Les volontaires ont reçu soit 3 doses de vaccins, soit 3 doses de placebo, en intramusculaire dans le deltoïde, à 0, 1 et 5 mois. L'efficacité du vaccin a été mesurée au cours d'un suivi de 18 mois après administration de la seconde dose.

### ■ Résultats

Deux cas de mononucléose infectieuse (dont 1 avec une symptomatologie très limitée) ont été confirmés parmi le groupe ayant reçu le candidat vaccin, et

8 parmi le groupe ayant reçu le placebo. Cette distribution, en raison de la taille réduite de l'échantillon, n'était pas statistiquement significative.

En prenant en compte les 181 volontaires ayant débuté l'étude, on constatait 9 cas de mononucléose infectieuse parmi le groupe placebo. Sur cette base, l'efficacité calculée (capacité à prévenir la mononucléose infectieuse) du vaccin était de 78% avec un intervalle de confiance 95% allant de 1% à 96%. Six mois après administration de la 1<sup>ère</sup> dose de vaccin, 98,7% des sujets ayant reçu le candidat vaccin montrait une séroconversion avec des anticorps anti-gp350. La tolérance était bonne et aucune vaccination n'a été interrompue pour des raisons de sécurité ou de réactogénicité.

On ne sait pas si ce vaccin gp350 pourrait prévenir les complications potentielles de l'infection à EBV, en particulier les désordres lymphoprolifératifs post-transplantation. C'est pourtant là une question essentielle pour les patients atteints d'immunodéficiences ou candidats à une transplantation d'organes. Des études incluant un plus grand nombre de personnes sont nécessaires pour confirmer l'efficacité du vaccin et pour améliorer les connaissances. Il faut notamment évaluer si la protection induite par la vaccination permet de résister à une charge virale infectante lors d'une contamination naturelle par l'EBV.

Une des questions posées par la mise au point d'un vaccin est celle de son usage futur : vaccination à large échelle ou ciblée sur des groupes à haut potentiel de complications, comme p.e. les candidats à une transplantation d'organes ? Avec dans ce dernier cas le développement de ce vaccin dans le cadre du statut de médicament orphelin.

*Dr Etienne Sokal*

#### Références :

- Etienne M. Sokal, Karel Hoppenbrouwers, Corinne Vandermeulen, Michel Moutschen, Philippe Léonard, Andre Moreels, Michèle Haumont, Alex Bollen, Françoise Smets and Martine Denis. Recombinant gp350 Vaccine for Infectious Mononucleosis: A Phase 2, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial to Evaluate the Safety, Immunogenicity, and Efficacy of an Epstein-Barr

Virus Vaccine in Healthy Young Adults. *JID* 2007 ; 196 :1749-1753.

- Michel Moutschen, Philippe Léonard, Etienne M. Sokal, Françoise Smets, Michèle Haumont, Pasqualina Mazzu, Alex Bollen, Françoise Denamur, Pascal Peeters, Gary Dubin, Martine Denis. Phase I/II studies to evaluate safety and immunogenicity of a recombinant gp350 Epstein-Barr virus vaccine in healthy adults. *Vaccine* 25 (2007) 4697-4705.

## Troubles immunitaires

### Quels patients vacciner et contre quelles maladies ?

**En médecine générale, le médecin est amené à rencontrer des patients dont l'immunité est déficiente. Ce groupe ne constitue pas une entité homogène et la prévention vaccinale doit être étudiée au cas par cas. Rappel pratique de quelques notions de base...**

Les immunodéficiences dites primaires sont peu fréquentes et liées à des affections génétiques. Les immunodéficiences secondaires sont généralement acquises et liées à une perte ou un déficit qualitatif des composantes humorales et/ou cellulaires du système immunitaire. Les raisons les plus souvent rencontrées sont l'infection par le virus de l'immunodéficiency humaine (VIH), les néoplasies affectant les tissus hématopoïétiques (leucémies, lymphomes, etc), les traitements par radiothérapie ou par médicaments immunosuppresseurs.

Des altérations de l'immunité sont également rencontrées dans des conditions comme l'asplénie, l'insuffisance rénale chronique et lors de traitements par anticorps monoclonaux et par des doses élevées et prolongées de corticoïdes.

### ■ L'aide de la biologie clinique

Les tests de laboratoire sont essentiels pour évaluer le niveau de l'immunité de

ces patients : taux de lymphocytes B et T, CD4+, CD8+, etc. Nous n'entrerons pas ici dans le détail de ces mises au point.

Le cas des patients immunodéprimés ou présentant une altération de l'immunité est particulier : contrairement à ce qui prévaut pour une population générale, l'intérêt de recourir à des dosages de certains anticorps spécifiques est ici évident pour évaluer la présence d'une immunité humorale (p.e. pour le tétanos, la diphtérie, le pneumocoque, l'hépatite B).

### ■ Les vaccins tués

Les vaccins dits « tués » ou « inactivés » comme notamment le vaccin contre la grippe, les vaccins à base d'anatoxines (tétanos, diphtérie), les vaccins polysaccharidiques (pneumocoque, méningocoque) et conjugués (Hib, pneumocoque, méningocoque), le vaccin HPV... peuvent être administrés aux patients immunodéprimés. Les vaccins tués du calendrier vaccinal recommandé seront donc administrés à ces patients aux âges prévus.

L'incidence et la gravité de certaines maladies infectieuses évitables par la vaccination sont plus élevées chez des personnes ayant une immunité altérée. Il en résulte que certains vaccins sont recommandés spécifiquement à ces personnes (voir encadré 1).

Mais ces vaccins peuvent être moins efficaces lorsqu'ils sont administrés durant une période d'immunité altérée. Ceci explique qu'il faille parfois répéter l'administration de vaccins. Tout patient vacciné dans les 15 jours avant le début ou pendant un traitement immunosuppresseur sera considéré comme non protégé et sera revacciné au plus tôt 3 mois après la fin du traitement, si son système immunitaire a récupéré sa compétence. Lorsque c'est possible, les vaccins indiqués seront administrés avant les traitements immunodépresseurs, la radiothérapie ou une splénectomie.

### ■ Les vaccins vivants atténués

Les vaccins vivants atténués peuvent entraîner des risques accrus d'effets indésirables en raison de la déficience immunitaire. En Belgique, c'est le cas notamment des vaccins contre: la rougeole, la rubéole, les oreillons, le rotavirus, la varicelle, la fièvre jaune, la typhoïde - vaccin oral -, le BCG.

De manière générale, ces vaccins ne seront jamais administrés en cas de déficit immunitaire.

Cependant :

- ils peuvent être administrés, en présence d'une indication, chez un patient atteint d'une néoplasie, dont la maladie est en rémission et le traitement de chimiothérapie arrêté depuis 3 mois au moins;
- le RRO peut être administré aux enfants (et adultes) porteurs du VIH, et ayant un taux de lymphocytes CD4+ > 200/µL (en dessous de 13 ans, on se réfère plutôt au pourcentage de lymphocytes CD4+ qui doit être supérieur à 15% du total des lymphocytes).

L'entourage familial et les contacts étroits d'un patient atteint d'une altération de l'immunité peuvent recevoir les vaccins indiqués en Belgique selon leur âge (dont le RRO et le vaccin contre le rotavirus).

Les personnes de l'entourage d'un patient immunodéprimé doivent être vaccinées annuellement contre la grippe.

### ■ Cas des patients recevant un traitement corticoïde

Un traitement par corticoïdes n'est pas une contre-indication à l'administration de vaccins vivants

- lorsqu'il est administré pour moins de 2 semaines;
- lorsqu'il est administré à dose basse ou modérée, c.à.d. < 20 mg de prednisone ou équivalent par jour;
- lors d'une administration à long terme, 1 jour sur 2, avec une préparation à durée d'action courte;

#### *Encadré 1 : Indications des vaccins inactivés et vivants en cas d'immuno-dépression*

- **Patients porteurs du VIH et atteints de sida**

Influenza, pneumocoque (polysaccharidique ou conjugué), Hib (si non administré durant l'enfance), méningocoque (polysaccharidique ou conjugué), hépatite B

- **Patients atteints d'une néoplasie, ayant bénéficié d'une transplantation, sous traitement immunosuppresseur ou sous radiothérapie**

Influenza, pneumocoque (polysaccharidique ou conjugué), Hib

- **Patients avec une asplénie anatomique ou fonctionnelle (anémie falciforme p.e.)**

Pneumocoque (polysaccharidique ou conjugué), Hib (si non administré durant l'enfance), méningocoque (polysaccharidique ou conjugué).

En cas de splénectomie programmée, ces vaccins seront administrés au moins 2 semaines avant l'intervention.

- **Patients atteints d'une insuffisance rénale chronique**

Influenza, pneumocoque (polysaccharidique ou conjugué), hépatite B

- **Patients recevant une greffe de moelle osseuse**

Les taux d'anticorps contre les maladies évitables par vaccination (entre autres tétanos, poliomyélite, rougeole, rubéole, oreillons, pneumocoque, méningocoque) déclinent dans les 1 à 4 ans suivant une greffe. En conséquence, tous les receveurs doivent être revaccinés en routine 12 mois après la greffe, sauf pour la rougeole et la fièvre jaune où la vaccination doit être faite 24 mois après celle-ci.

- lors d'un traitement substitutif à dose physiologique;
- lors d'administration locale (oculaire, cutanée), lors d'inhalation;
- lors d'injection intraarticulaire, d'infiltration pour tendinite, bursite, etc.

Par contre, tout traitement de plus de 2 semaines comportant une dose > 20 mg par jour (ou > 2 mg/kg) de prednisone (ou équivalent) chez des personnes pesant plus de 10 kg est considérée comme suffisamment immunosuppressive pour remettre en cause la sécurité d'une administration d'un vaccin vivant. Un délai d'un mois après l'arrêt du traitement est alors nécessaire avant vaccination.

Dr Patrick Trefois

#### Références :

- General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP). Recommendations and Reports. MMWR. December 1, 2006. Vol.55.
- Measles vaccine. Plotkin & Orenstein. Vaccines fourth edition.

## Rougeole

### De retour en Belgique

#### L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) veut éliminer la rougeole en Europe pour l'année 2010.

L'élimination de la rougeole veut dire que le virus ne circule plus dans la région, et qu'après importation du virus, la transmission s'interrompt spontanément. Pour atteindre cet objectif, la couverture vaccinale doit être d'au moins 95% pour 2 doses de vaccin anti-rougeoleux.

Malgré une couverture vaccinale de plus de 80 à 90% pour une dose de vaccin, plusieurs pays en Europe ont été confrontés à des foyers de cas ou des épidémies de rougeole au cours des dernières années. Ces épidémies ont permis d'identifier certains groupes à risques pour la

transmission de la rougeole, tels que le personnel soignant dans les hôpitaux et les personnes qui voyagent (touristes et personnes de voyage) (1).

Après l'introduction du vaccin trivalent RRO en 1983, l'incidence de la rougeole en Belgique a diminué de 998 cas par 100.000 habitants en 1982 à 0,5 – 1 par 100.000 habitants en 2006 (2).

#### ■ Méthode

En Communauté flamande, la rougeole est une maladie à déclaration obligatoire uniquement dans le cadre du contrôle des maladies transmissibles dans les écoles. En octobre 2007, le « *Centrum voor Leerlingenbegeleiding* » (CLB) de la province d'Anvers a déclaré 8 cas suspects de rougeole dans des communautés juives orthodoxes. Le diagnostic de la rougeole a été confirmé par des tests salivaires au laboratoire de référence de la rougeole (ISP).

L'investigation des cas notifiés a été réalisée conjointement par la « *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* » et l'Institut de Santé Publique (sections d'Epidémiologie et de Virologie). En collaboration avec les communautés juives d'Anvers, un appel a été lancé dans un journal juif pour la déclaration de cas. L'investigation des cas déclarés par les communautés juives, les services de médecine scolaire (CLB) d'Anvers, des médecins et par le laboratoire de référence a permis d'identifier d'autres cas parmi les contacts.

Pour chaque cas identifié, un questionnaire a été rempli par téléphone ou lors d'une visite à domicile. L'investigation étant toujours en cours, les résultats présentés ci-dessous sont préliminaires.

#### ■ Résultats

Au total, au moins 138 cas de rougeole ont été identifiés à Anvers entre août 2007 et fin mai 2008. Ce chiffre sous-estime vraisemblablement le nombre réel de cas, puisque la déclaration des cas n'est pas obligatoire (sauf dans les écoles), et que toutes les familles n'ont

pas consulté un médecin. La figure 1 (page 7) présente la courbe épidémiologique de l'épidémie.

Le virus de la rougeole a été introduit dans les communautés juives orthodoxes anversoises à plusieurs reprises, en provenance de Londres et d'Israël. Le génotypage du virus a permis de documenter ce lien; il s'agit du génotype D4, qui est identique au virus responsable d'épidémies de rougeole en Angleterre et en Israël (3,4). Presque tous les cas, sauf 8, faisaient partie d'une des communautés juives orthodoxes d'Anvers. Le lieu d'habitation était situé dans le quartier juif d'Anvers pour 93%.

Le diagnostic de la rougeole a été confirmé pour 39 cas (28%). Vu les contacts rapprochés dans les communautés juives orthodoxes, un lien épidémiologique est supposé pour tous les autres cas, même si un lien direct n'a pas pu être démontré pour chaque cas individuel. La transmission de la maladie se faisait principalement dans les écoles pour le cas index dans une famille, avec transmission vers les frères et soeurs non scolarisés et souvent encore non vaccinés. Le taux d'attaque au sein des membres vivant sous le même toit était en moyenne de 31% (range de 11 à 83 %).

La majorité des cas (88%) avaient moins de 11 ans (figure 2, page 7); 11% des cas avaient moins de 1 an, et n'étaient donc pas éligibles pour la vaccination. Les quelques personnes adultes étaient principalement non juives.

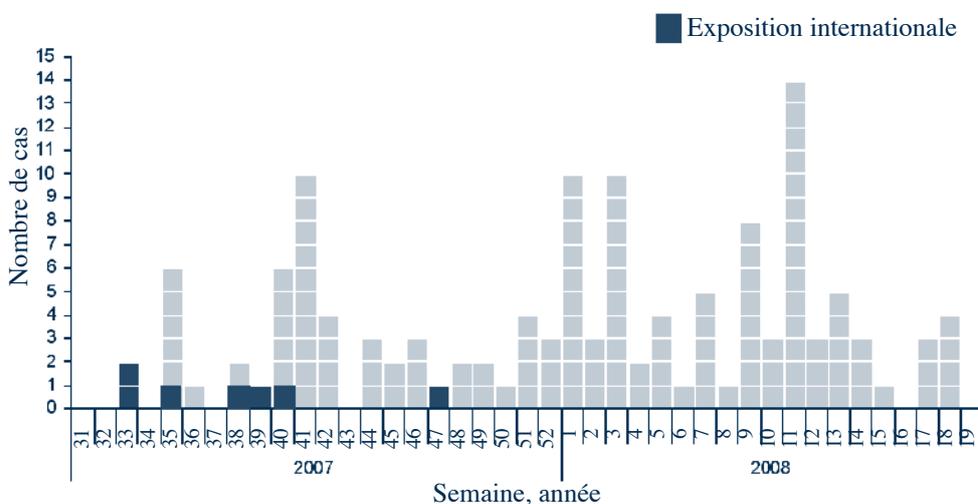
Des complications (otite ou bronchopneumonie) ont été observées dans 14% des cas et 6% des personnes ont dû être hospitalisées.

Le statut vaccinal était connu pour 129 cas (93%). La vaccination avec une dose de vaccin RRO était documentée pour 12% des cas. Aucun cas n'avait reçu deux doses de vaccin.

Les raisons de non-vaccination pour les personnes éligibles pour la vaccination (information pour 68 personnes) étaient:

- sur l'avis du médecin ou par manque d'information pour 25 enfants (37%),
- par oubli (pour un ou deux enfant(s) dans des familles nombreuses) pour 18 enfants (26%)
- pour maladies répétées ou allergie

Figure 1 : Nombre de cas de rougeole par semaine, Anvers, août 2007 à mai 2008



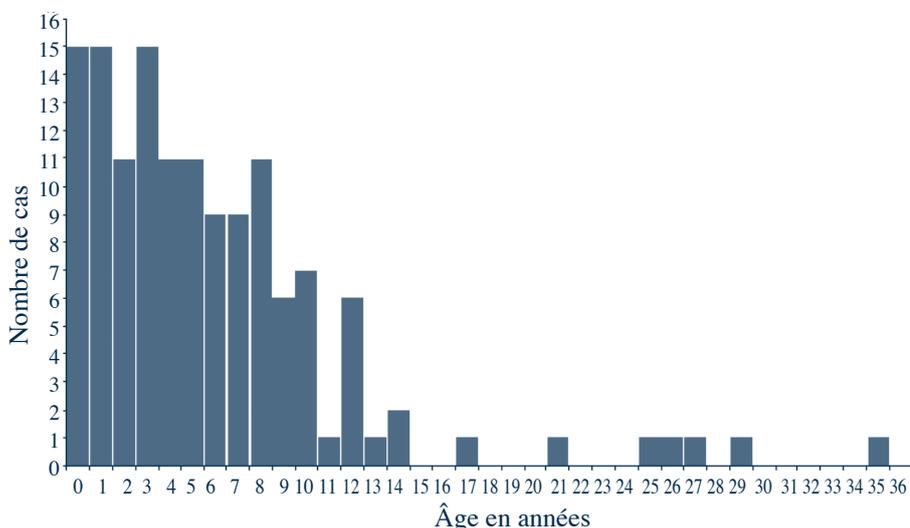
lors de la petite enfance pour 16 enfants (24%). Seules 4 familles (13% des cas non vaccinés) étaient anti-vaccination.

**■ Discussion**

Dans les pays ou communautés avec une couverture vaccinale trop basse, comme c'était le cas dans ces communautés à Anvers, le risque d'épidémie est réel (5). Toutefois, grâce à la couverture vaccinale générale de 94% chez les nourrissons à Anvers, l'épidémie est restée plus ou moins limitée aux communautés juives

orthodoxes insuffisamment vaccinées. Quelques médecins (généralistes et pédiatres) consultés par ces communautés déconseillent la vaccination pour les petits enfants. En plus, certaines écoles juives non subsidiées ne collaborent pas avec un service de médecine scolaire, et le statut vaccinal des élèves n'y est pas vérifié. Ceci a conduit à une accumulation d'enfants susceptibles de contracter la rougeole dans ces communautés. La Communauté flamande et les communautés juives orthodoxes collaborent actuellement activement pour essayer de trouver une solution à long terme, pour éviter des épidémies dans le futur.

Figure 2: Nombre de cas de rougeole par âge, Anvers, août 2007 à mai 2008



L'épidémie à Anvers montre que la Belgique n'a pas encore éliminé la rougeole. Il faut continuer à vacciner avec 2 doses du vaccin RRO, confirmer le diagnostic de la rougeole pour les cas suspects (par un test salivaire gratuit), et rapporter les cas aux inspecteurs d'hygiène compétents, de façon à pouvoir documenter l'origine de l'infection et limiter la propagation de l'infection.

*Dr. T. Lernout, Institut Scientifique de Santé Publique*  
*Dr. G. Top, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid*

Nous tenons à remercier les personnes qui ont contribué à l'investigation de cette épidémie : nos collègues, le personnel des CLB d'Anvers, les médecins généralistes et pédiatres ainsi que les communautés juives d'Anvers.

Références :

1. <http://www.euvac.net/graphics/euvac/index.html>
2. <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifir/plabfr/eradi06fr.pdf>
3. Ashmore J, Addiman S, Cordery R, Maguire H. Measles in North East and North Central London, England: a situation report. Euro Surveill, 2007; 12(9)
4. Stewart-Freedman B, Kovalsky N. An ongoing outbreak of measles linked to the United Kingdom in an ultra-orthodox Jewish community in Israel. Euro Surveill, 2007; 12(9)
5. Andrews N et al. Towards elimination: measles susceptibility in Australia and 17 European countries. Bulletin of the WHO 2008, 86 (3)

**Questions/Réponses**

*Y-a-t-il un risque de purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI) induit par l'administration d'une deuxième dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO)?*

Rappelons d'abord :

- que le risque d'un purpura thrombocytopénique idiopathique consécutif à une vaccination RRO est dix fois inférieur à celui lié à la maladie;
- que le risque est identique, qu'il s'agisse d'une première ou d'une deuxième dose;
- que la gravité du PTI en relation avec la vaccination RRO est modérée et il

disparaît spontanément dans les 7 jours suivant la vaccination.

Deux études cliniques de petite taille ont évoqué un lien possible entre la vaccination RRO (deuxième dose durant la deuxième année de vie) et un risque majoré de purpura thrombocytopenique idiopathique. Le risque d'un PTI après la 2ème dose de RRO y a été estimé à 1 cas pour 21.000 doses données.

Le risque est cependant beaucoup moins élevé lorsqu'on se réfère aux données disponibles pour des populations numériquement plus importantes. Ainsi, une étude récente sur plus d'un million d'enfants ayant reçu une première dose de RRO a permis d'évaluer l'incidence de PTI après administration d'une deuxième dose de RRO (*Kaizer Permanente USA*) (1). L'analyse a retenu un total de 248 enfants de plus de 12 mois d'âge correspondant au critère pré-établi. L'analyse a été limitée aux enfants âgés entre 12 et 23 mois. Les résultats démontrent parmi les enfants ayant fait un PTI que 20 avaient été vaccinés par une deuxième dose de RRO et 48 ne l'étaient pas. La plus forte incidence fut notée chez des enfants âgés de 12 à 15 mois. Les auteurs concluent que la proportion de cas de PTI attribuables à la vaccination, avec une probabilité de lien de causalité, était faible. Le risque global était estimé à 1 cas par 40.000 enfants vaccinés par une deuxième dose de RRO (1).

Une évaluation similaire toute récente chez des enfants âgés de 3 et 6 ans, en Angleterre, donne un chiffre de 1 sur 100.000 individus (2).

*Marc De Ridder*

#### Références :

1. E. France et al, *Pediatrics* 2008 ; 121 ; 687
2. J Stowe et al, *Arch Dis Child* 2008 ; 93 ; 2 ; 182
3. A Schattner, *Vaccine* 2005 ; 23 ; 3876

### *Quelle est la méthode la plus rapide pour un diagnostic de certitude de coqueluche ?*

Le diagnostic de coqueluche est avant tout clinique. Lors d'un décours classique, les quintes de toux de la phase paroxystique sont caractéristiques et permettent le diagnostic. Ce tableau clinique classique survient principalement chez des enfants non vaccinés âgés de plus de 3 mois; étant donné que la plupart des enfants sont vaccinés à cet âge, cette présentation typique ne se rencontre plus souvent et on a ainsi l'impression que la coqueluche est rare. Ceci est cependant faux, car il y a plus de cas atypiques dans la situation épidémiologique actuelle.

Lors d'une suspicion clinique de coqueluche, il est recommandé de recourir aux techniques de laboratoire. La culture de prélèvements nasopharyngés (rinçage ou écouvillon en Dacron) est très spécifique et peut demeurer positive jusqu'à 3 à 4 semaines après l'apparition des symptômes.

Un PCR se réalise aussi sur un prélèvement de matériel nasopharyngé ; il est plus sensible mais un peu moins spécifique que la culture. L'arrivée de cette technique a joué un rôle important dans l'amélioration du diagnostic. Le PCR n'est pas influencé par une antibiothérapie en cours et reste également plus longtemps positif qu'une culture normale.

La sérologie est difficile à interpréter car la réponse en anticorps est influencée par l'âge, l'état vaccinal, un antécédent d'infection par *B. Pertussis* et le temps écoulé depuis le premier jour de la maladie. Généralement, une sérologie peut seulement établir un diagnostic tardivement et demande deux prélèvements à un intervalle de 3 à 4 semaines. Elle est principalement utilisée dans des pays qui disposent de valeurs de référence spécifiques à l'âge pour leur propre population (par exemple aux Pays-Bas).

*Dr A. Malfroot  
UZ Brussel*

## LES OBJECTIFS DE VAX INFO

Transmettre aux médecins intéressés des informations concrètes et pratiques en matière de vaccination.  
Faire part des réflexions d'experts quant aux perspectives d'avenir d'une politique vaccinale en Belgique et dans le monde.

Tous les articles publiés sont discutés au sein du Groupe de réflexion scientifique «Vaccinations», 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 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

Possible grâce à un «unrestricted educational grant» de GlaxoSmithKline.

Chaque numéro de *Vax Info* peut être téléchargé sur [www.vaccisurf.be](http://www.vaccisurf.be)

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 «Vaccinations» y répondra dans un prochain numéro.