



Sommaire

● **EDITORIAL** p. 2

- A propos de la malaria

● **FIEVRE TYPHOÏDE** p. 2 - 3 - 4

- Vaccination : Typhim Vi / Vivotif

● **VACCINATION ANTITETANIQUE** p. 4

- Négligence : coût élevé

● **OREILLONS** p. 4 - 5

- Vaccination et méningite

● **ENFANTS** p. 5 - 6 - 7

- Stratégies de vaccination

● **HEPATITE B** p. 7

- Données récentes et recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé

● **VACCINS** p. 8

- Où les trouver ?

EDITO

A PROPOS DE LA MALARIA

Dernièrement, la presse a fait largement état d'un certain nombre de cas de malaria chez les casques bleus belges, quelques mois après leur rapatriement. Il s'agissait là uniquement de la malaria "vivax", relativement bénigne.

Depuis le milieu des années quatre-vingt, la malaria dite d'importation est nettement en hausse en Belgique. Le chiffre officiel oscille depuis 1987 entre 250 et 300 cas chaque année, mais le chiffre réel est sans aucun doute bien plus élevé, vu le recensement incomplet. Environ 80 % de tous ces cas sont le fait du *Plasmodium falciparum*, la forme potentiellement fatale du paludisme. Le nombre de décès qui en découle est heureusement très bas, mais au cours de l'année passée au moins deux personnes sont mortes des suites d'une malaria détectée tardivement. Dépistée en temps utile, la malaria bénéficie d'un traitement complet et définitif.

L'année passée, la presse a témoigné d'un grand intérêt pour un vaccin contre le *Plasmodium falciparum* développé par une équipe colombienne sous la houlette du Dr Patarroyo. Il s'agit d'une protéine synthétique porteuse d'un cocktail d'épitopes provenant du *Plasmodium falciparum*, tant de ses sporozoïtes (forme infectieuse inoculée par le moustique de la malaria) que de ses mérozoïtes (forme qui se développe dans les globules rouges humains, tout en les détruisant).

Dans *The Lancet* du 20 mars 1993 ont été publiés les résultats d'une première étude randomisée, en double insu et contrôlée par placebo, menée en Colombie dans une région où la malaria, sans être fortement présente, l'est néanmoins pendant quasiment toute l'année. L'efficacité globale de cette vaccination pendant la première année s'est élevée à environ 40 %. Chez les petits enfants et les sujets de 45 ans ou plus (qui présentent une immunité moindre vis-à-vis de la malaria), le degré de protection avoisinait les 70 %. Ceci constitue un progrès important. Reste à voir ce que donnera le vaccin quand il sera mis à l'épreuve dans des régions où la transmission de la malaria est beaucoup plus importante (études en cours en Gambie, Tanzanie, Thaïlande, Colombie et Equateur). Du point de vue du voyageur, les mesures classiques de prévention de la malaria restent dès lors les plus importantes. Ces mesures diffèrent d'un pays à l'autre, et parfois, dans un même pays, selon la région, la saison, la manière de voyager, etc.

Bientôt sera disponible la version actualisée du livre "Conseils de santé pour voyageurs, destiné au corps médical (130 pages, écrit par les médecins de l'IMT-Anvers). Ce manuel de référence contient, outre les vaccinations, des informations pratiques au sujet des diarrhées, de la prévention de la malaria et d'autres aspects de la médecine du voyageur. Au même moment sera disponible l'édition 1994 du "Passeport Santé", à l'usage du voyageur. ■

Dr. A. Van Gompel
IMT-Anvers

Fièvre typhoïde

VACCINATION

La prévention de la fièvre typhoïde repose essentiellement sur des mesures d'hygiène. La vaccination est une mesure complémentaire utile, dont les indications reposent sur le type de voyage envisagé. Deux vaccins de profils comparables sont actuellement disponibles.

La fièvre typhoïde est une infection bactérienne, causée par *Salmonella typhi*, concernant uniquement l'espèce humaine.

Bien que la maladie puisse survenir partout dans le monde, il s'agit actuellement dans nos régions d'une pathologie quasi exclusivement importée. Grâce à un meilleur niveau d'hygiène et au contrôle de la préparation des aliments, la fièvre typhoïde est devenue exceptionnelle dans les pays industrialisés. La fréquence de la fièvre typhoïde lors de voyages dans les régions (sub)tropicales varie de 1/30.000 à 1/150.000 voyageurs. Ce chiffre est en moyenne 10 fois plus élevé (1/3.000 à 1/15.000) dans le subcontinent indien, en Indonésie, en Afrique du Nord et au Sénégal. Le risque est également élevé dans les pays d'Amérique Latine (Chili, Pérou, Mexique). Les personnes qui voyagent dans des conditions précaires courent évidemment plus de risques. L'hépatite A, la principale maladie des voyageurs pour laquelle une prévention par vaccination existe, est en moyenne 40 fois plus fréquente que la fièvre typhoïde.

Prévention

La prévention repose essentiellement sur des mesures d'hygiène identiques à celles qui prévalent pour la prévention de la diarrhée des voyageurs: "*boil it, cook it, peel it, or forget it*". Cependant, dès le deuxième jour de voyage, 98% des voyageurs commettent dans une certaine mesure une infraction à ces mesures.

Le classique vaccin polyvalent *TABC* parentéral (vieux d'environ 100 ans) n'est maintenant plus sur le marché. Il donnait assez fréquemment lieu à des effets secondaires locaux et généraux.

Nous disposons actuellement de 2 vaccins : le vaccin vivant atténué (*Vivotif*) qui est pris par voie orale et le vaccin tué apparu récemment sur le marché (*Typhim Vi*) élaboré à partir de polysaccharides purifiés de la capsule de la bactérie. L'efficacité et la durée de protection sont approximativement identiques pour les

deux vaccins (environ 60-70% pendant 3 ans), de même que le coût.

Un problème est qu'aucun de ces vaccins n'a été testé auprès des voyageurs mais seulement auprès de populations semi-immunes qui habitent dans des régions où la typhoïde est permanente (dans une mesure plus ou moins importante). Chez ces autochtones, la vaccination peut être considérée comme un booster pour une immunité déjà présente. L'extrapolation des scores d'efficacité à la situation du voyageur qui n'a jamais été contaminé par la typhoïde n'est pas simple. Ceci pourrait signifier que le voyageur -qui doit donc être considéré comme non-

immun- est probablement moins protégé que le montrent les chiffres des différentes études. Une estimation récente de l'efficacité du Vivotif auprès de voyageurs autrichiens indiquait une réduction du risque de seulement 46%. Chez les personnes qui contractent une typhoïde malgré la vaccination, la maladie se déroule effectivement sur un mode mineur. La protection est donc loin d'être parfaite et son effet peut être annulé par une dose infectante massive. La vaccination ne réduit par conséquent aucunement l'importance des mesures d'hygiène générale. De plus, la vaccination ne protège pas contre les diarrhées du voyageur en général. L'indication de la vaccination

TABLEAU COMPARATIF

	<i>Typhim Vi</i>	<i>Vivotif</i>
Type de vaccin	Vaccin polysaccharidique, 25 microgrammes d'antigènes de virulence.	Vaccin vivant atténué, 3×10^9 germes vivants "salmonella tiphy Ty 21a".
Présentation, schéma, durée de validité (rappel)	Injection unique sous-cutanée ou intramusculaire; seringue prête à l'emploi. Rappel après 3 ans.	Voie orale, 3 capsules, 1 toutes les 48 heures, rappel après 3 ans. Protection: 3 semaines après la dernière capsule; valable au moins 3 ans. Le vaccin peut être utilisé dès qu'un enfant est en état d'avaler les gélules en entier (au plus tôt à partir de l'âge de 4 ans). Lorsqu'un enfant ne peut pas avaler la capsule, on peut diluer son contenu dans 250cc de lait écrémé froid, auquel on ajoute 0,8 gr (un quart de cuillère à thé) de bicarbonate de sodium. Ce mélange doit être bu immédiatement après préparation.
Compliance	Garantie	Selon une étude américaine, un tiers des utilisateurs font une erreur qui peut amoindrir l'efficacité du vaccin. On prend la capsule toutes les 48 heures. Les capsules ne peuvent pas être ouvertes et doivent être prises 1 heure avant le repas avec un peu de liquide. Le vaccin doit être conservé dans le frigo.
Tolérance	Bonne	Bonne
Association avec d'autres vaccins et médicaments	Peut être administré avec d'autres vaccinations, les antimalariques, les antibiotiques.	De préférence, ne pas administrer en même temps que le vaccin contre la poliomyélite. Le Vivotif peut être pris simultanément aux antimalariques chloroquine et méfloquine (dans ce cas 8 heures après la dernière prise de méfloquine). Il ne peut pas être pris en même temps que des antibiotiques (de préférence 1 semaine avant à 1 semaine après). Le vaccin oral contre la typhoïde peut être combiné à une séroprévention par gammaglobulines.
Précautions	En principe sans danger pour les femmes enceintes.	
Contre-indications	Ne pas administrer aux enfants en-dessous de 2 ans (réponse immunitaire basse).	Plaintes graves gastro-intestinales, maladies inflammatoires de l'intestin, infection aiguë fébrile, immunodépression (voir vaccin contre la fièvre jaune), grossesse.
Efficacité	Environ 67%; les chiffres rapportés sont constants et compris entre 65 et 75%.	Environ 67 % mais avec de grandes variations dans les chiffres rapportés (43 % - 91 %), ce qui rend incertain le taux de protection exact chez les voyageurs, surtout dans les territoires avec un grand risque de contamination.
Prix public	685 FB	679 FB

dépend du type de voyage. La vaccination est surtout indiquée pour les voyages aventureux dans des circonstances où l'hygiène est précaire. La vaccination peut être également conseillée pour les voyages touristiques habituels vers les pays tropicaux ou subtropicaux qui durent plus longtemps que 3 semaines. Pour des voyages courts (sauf en Inde), dans des circonstances où l'hygiène est bonne, on choisit le plus souvent de ne pas faire le vaccin. En effet, les désagréments, l'effort et le prix ne sont pas en relation dans ces circonstances avec le risque peu important; en outre, la période d'incubation (1 à 3 semaines) dépasse souvent la durée du voyage. Les personnes atteintes d'a- ou d'hypochloridrie (gastrectomie, gastrite, traitement anti-acide ou antagoniste H2) courent davantage le risque d'une typhoïde. Lorsqu'on a été atteint de fièvre typhoïde, on n'est pas protégé à vie comme on le pensait précédemment : un rappel après 3 ans est ici aussi conseillé. En examinant le tableau ci-dessus, il apparaît que les deux vaccins peuvent avoir des avantages et que le patient, en accord avec le médecin, décide du choix de la forme de vaccination. ■

*Dr. A. Van Gompel
Institut de Médecine Tropicale - Anvers.*

Bibliographie recommandée :

- Kager P. Het nut van vaccinatie tegen buiktyfus met de huidige vaccins nog steeds omstreden. Ned Tijdsch Geneesk 1993; 137: 276.
- Editorial : Typhoid vaccination : weighing the options. Lancet 1992; 340: 341.
- Cryz S. : Post-marketing experience with live oral Ty21a vaccine. Lancet 1993; 341: 49.

Vaccination antitétanique — NÉGLIGENCE : COUT ÉLEVÉ

Un article paru dans le Tijdschrift voor Geneeskunde illustre l'exceptionnelle difficulté, la souffrance humaine énorme et la longueur du traitement du tétanos.

Un homme de 78 ans a contracté le tétanos suite à une petite blessure du poignet.

Le patient a séjourné 54 jours en unité de soins intensifs. Le coût de ce séjour en honoraires, moyens techniques et thérapeutiques est énorme. Ainsi, il a dû, entre autres, être curarisé et constamment ventilé durant environ 6 semaines.

À côté des médicaments bloquants neuromusculaires, le patient recevait de hautes doses de benzodiazépines, administrées par injections intermittentes ou par perfusion continue. Les benzodiazépines possèdent, outre leurs propriétés anxiolytiques et sédatives, un effet myorelaxant important. Du fait du non-remboursement de ces médicaments par l'INAMI, ce patient de 78 ans a dû couvrir lui-même leur coût de 64.620 frs.

Rappelons que l'immunité liée au vaccin antitétanique nécessite un rappel tous les 10 ans. ■

Prof. Dr. R. Clara

Référence :

J. Debakker et al. Intensieve tetanusbehandeling Tijdsch Geneesk 1993; 49: 1073-1077.

Oreillons

VACCINATION ET MÉNINGITE

Dans l'état actuel des connaissances, il n'est pas raisonnable d'affaiblir l'immunogénicité du vaccin anti-ourlien par une atténuation encore plus forte du virus, ni surtout de remettre en cause la vaccination.

Dans la littérature, on trouve de-ci de-là des rapports sur le lien possible entre la méningite et le vaccin anti-ourlien ou le trivalent rougeole-rubéole-oreillons. Pour le développement du vaccin anti-ourlien, on a utilisé aux USA la souche Jeryl Lynn, alors que la plupart des autres pays utilisaient la souche Urabe.

Les souches vaccinales conservent un pouvoir réduit neurotrope et méningotrope. La transmission des oreillons par le virus sauvage conduit dans 1 cas sur 400 à une méningo-encéphalite, dont le pronostic n'est pas toujours favorable. Un examen systématique du liquide de ponction lombaire démontre une lymphocytose chez près de 65% des patients atteints de parotidite.

Les oreillons conduisent à diverses complications comme une pancréatite (2,7%), une surdité (unilatérale dans 1 cas sur 20.000), une orchite (9 % des hommes de plus de 12 ans), une ovarite (3,8 % des femmes de plus de 12 ans), une mastite (7,7 % des femmes de plus de 12 ans), des arthralgies (16,2 %) et en Grande Bretagne à près de 1.250 hospitalisations par an (1).

Des estimations à l'échelle mondiale donnent une

incidence de méningite pour le vaccin préparé à base de la souche Urabe de 1 sur 282.000 doses.

Au Canada, la fréquence de méningite avec le vaccin Urabe est plus élevée, environ 1 sur 62.500. Pour cette raison, le vaccin Urabe a été retiré du marché canadien en 1990 (2).

En Grande Bretagne, les vaccins Pluserix et Immunovax (Mérieux) ont été retirés du marché le 14 septembre 1992 suite à la publication dans la presse des résultats d'une enquête dans le district de Nottingham. On y avait pratiqué entre octobre 1989 et décembre 1991 une ponction lombaire auprès de 145 enfants. Chez 6 enfants qui avaient été vaccinés avec le Pluserix ou l'Immunovax, une méningite lymphocytaire a été établie et, chez 2 enfants, la souche Urabe du virus des oreillons isolée. Aucun enfant n'a gardé de séquelles neurologiques. Au total, ce sont 22.817 doses des deux vaccins qui ont été administrées à Nottingham, ce qui a amené les Autorités de santé à conclure qu'il y avait une chance sur 4.000 pour la méningite lymphocytaire et une chance sur 11.000 pour une méningite avec culture positive pour la souche Urabe du virus ourlien.

La société SmithKline Beecham a décidé dès lors d'arrêter la distribution du vaccin contre les oreillons, en Belgique et au Grand Duché de Luxembourg. Le Conseil Supérieur d'Hygiène belge a dû se résigner par la force des choses à cette décision.

Pourtant, l'enquête de Nottingham prête le flanc à de nombreuses critiques. Des cas très légers, techniquement difficiles à interpréter, ont été détectés de cette manière. L'équipe de recherche passait très facilement à la ponction lombaire, attendu que 112 des 145 ponctions ont donné un résultat négatif.

En 1991, D.J. Nokes et R.M. Anderson argumentaient dans le *Lancet* qu'en présence d'un taux d'immunisation de 70 % ou moins, on devait donner la préférence au vaccin Urabe (séroconversion 97,9 %), plutôt qu'au vaccin Jeryl Lynn (séroconversion 93,8 %), du fait de son immunogénicité supérieure et ceci en dépit du risque un peu plus important de complications. (3)

Il semble donc déraisonnable d'affaiblir l'immunogénicité du vaccin anti-ourlien du fait de complications neurologiques bénignes et peu fréquentes (4).

Afin de regagner la confiance du public, on recherche un vaccin possédant la même immunogénicité que le vaccin anti-ourlien de souche Urabe, mais avec des effets secondaires minimaux. ■

Prof. Dr. R. Clara

Références:

- (1) K. M. Sullivan e. al. Mumps disease and its health impact: an outbreak based report. *Pediatrics* 1985; 76: 533 - 536.
- (2) E.G. Brown et al. Nucleotide sequence analysis of Urabe mumps vaccine strain that caused meningitis in vaccine recipients.

Vaccine 1991; 9: 840-842.

(3) D.J. Nokes, R.M. Anderson. Vaccine safety versus efficacy in mass immunisation programmes. *Lancet* 1991; 338: 1309-1312.

(4) Editorial: Mump Meningitis and MMR Vaccination. *Lancet* 1989; 334: 1015-1016.

Enfants

STRATÉGIES DE VACCINATION

La vaccination des enfants contre les maladies "classiques" (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole) présente un bilan nettement positif.

Dans le numéro précédent de *Vax Info* nous avons traité des avantages et des contre-indications possibles des vaccinations. Dans ce numéro, nous parlerons plus en détail des avantages et inconvénients d'un certain nombre de vaccins.

Vaccins contre la diphtérie et le tétanos

Nonobstant le caractère exceptionnel des réactions sévères d'hypersensibilité, il est recommandé lors de toute vaccination de toujours avoir une préparation d'adrénaline à portée de main, comme pour toute injection concernant des protéines.

A partir de l'âge de 7 ans, une dose élevée du vaccin anti-diphtérique peut provoquer une réaction douloureuse systémique. Il est conseillé dès lors de réduire la dose antidiphtérique, par exemple un cinquième à un dixième de la dose pédiatrique.

Une réaction allergique est possible aussi en cas d'injections antitétaniques trop fréquentes (par exemple sous forme d'urticaire). A une époque, les enfants étaient vaccinés par exemple à chaque fois qu'ils partaient en colonie de vacances. Puisqu'un rappel tous les 10 ans, d'après l'opinion générale, semble largement suffisant, de telles réactions sont extrêmement rares.

Vaccin contre la coqueluche

La coqueluche est une maladie prolongée, très contagieuse : même les nourissons peuvent être infectés. Il y a un risque réel d'issue fatale, surtout en bas âge.

Grâce au progrès des conditions de vie et à l'emploi des antibiotiques, la morbidité et la mortalité suite à la coqueluche ont fort diminué. Cependant, les complications telles que la pneumonie ou les séquelles cérébrales ne sont pas rares. D'une étude américaine récente, il ressort que chez les enfants de moins de 11 mois le risque de pneumonie s'élève à 20 % environ. La maladie s'accompagne de convulsions dans presque 3 % des cas et d'encéphalopathie dans 0,4 à 0,8 % des cas. Plus de 60 % des enfants ont dû être hospitalisés.

Suite à des études rapportant l'apparition d'une encéphalopathie associée à la vaccination en Angleterre en 1974, la vaccination a été déconseillée dans ce pays de même qu'en Allemagne et en Suède. Ceci a entraîné des conséquences dramatiques dans ces pays. Lors d'une épidémie en Angleterre en 1978, on a constaté 78.000 cas, dont 12 décès. Lors d'une nouvelle épidémie en 1982, il y avait de nouveau 12 décès. En Allemagne en 1980, on a compté plus de 80.000 cas. En 1981 et 1982 respectivement, 14 et 13 personnes sont décédées suite à la coqueluche. La Suède a connu, au cours des années 80, plusieurs épidémies avec des milliers d'hospitalisations, des complications innombrables et 3 cas de décès.

Entretemps, la recherche n'a pas pu démontrer qu'il existe un rapport causal entre la vaccination et les quelques cas de séquelles cérébrales constatées. L'Angleterre et l'Allemagne recommandent à nouveau la vaccination.

Cela n'empêche qu'un vaccin doté d'une activité comparable ou améliorée et avec un moindre taux d'effets secondaires, serait le bienvenu. Le vaccin de la coqueluche provoque un nombre élevé d'effets secondaires mineurs, mais désagréables, tant au niveau local (tels que la rougeur, la douleur et l'induration) qu'au niveau général (tels que la fièvre, les pleurs inconsolables et l'irritabilité). Il est plutôt rare de constater des effets secondaires majeurs tels qu'un collapsus avec blancheur extrême, hypotonie et perte de conscience. Cette situation dure quelques minutes à quelques heures. On n'a pas décrit de lésions permanentes.

D'après les données dont on dispose, les vaccins acellulaires, utilisés déjà au Japon et qui font l'objet actuellement d'investigations à large échelle auront un profil d'effets secondaires nettement amélioré et une immunogénicité identique au précédent vaccin.

Vaccination contre la poliomyélite

La baisse spectaculaire du nombre de cas de paralysie poliomyélitique depuis les années '60 est dû, sans aucun doute, à l'introduction d'un vaccin oral contre la poliomyélite. Cependant, en Afrique, la plupart des enfants sont touchés par cette maladie suite à l'insuffisance de la couverture vaccinale.

L'inconvénient de ce vaccin oral est l'apparition occasionnelle et très rare de paralysies associées à la vaccination. Le vaccin inactivé contre la polio ne possède pas cet inconvénient, mais il n'offre pas d'immunité gastro-intestinale. Ceci explique que la multiplication des virus sauvages de la poliomyélite est freinée dans une moindre mesure parce que l'immunité collective est plus faible. De petites épidémies chez les non-vaccinés demeurent dès lors possibles, telles qu'elles arrivent de temps en temps en Hollande, où certaines communautés religieuses refusent toute vaccination (plus de détails dans *Vax Info* n° 8).

La solution réside probablement dans une amélioration du vaccin oral. On peut également considérer une combinaison du vaccin inactivé lors des deux premières administrations et du vaccin oral lors de la troisième administration.

Le vaccin des oreillons

(voir article p. 5).

Vaccination et médecines alternatives

Certains médecins homéopathes s'opposent parfois violemment aux vaccinations actuelles et perdent le sens de la raison et de l'objectivité. Selon eux, on a tendance à exagérer les dégâts causés par les infections 'naturelles' et à escamoter les effets secondaires majeurs des vaccins. Sans apporter la moindre preuve, ils suggèrent que les vaccins seraient à la base d'une série de complications sérieuses et tardives, telles que l'arthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques, voire le cancer. La propagation épidémiologique de la plupart des maladies infectieuses ne serait pas influencée du tout par les campagnes de vaccination...

Le risque de telles rumeurs, est qu'un petit nombre d'enfants non-vaccinés est suffisant pour permettre la continuation de la chaîne de transmission, surtout si on considère les éventuels échecs de la vaccination. Ces enfants attraperont la maladie lors d'un voyage ou à un âge avancé et ils contribuent dès lors au développement de (petites) épidémies.

L'obligation légale de vacciner n'est pas à même de résoudre le problème. Une information précise et un système de santé de haut niveau qualitatif sont de meilleurs moyens pour convaincre des parents réticents. Une formation continue et une information actualisée des médecins et des infirmières généreront des arguments ciblés convaincants. Les scientifiques

et les producteurs de vaccins ont comme devoir de veiller à la qualité et au progrès. Les autorités et le secteur médical, tant préventif que curatif, peuvent collaborer par le relevé des données épidémiologiques. Ils portent une grande responsabilité dans la mise à la disposition de tous d'un programme de vaccinations. ■

Dr. Leo Blancke, Conseiller médical, Kind en Gezin

Hépatite B

DONNÉES RÉCENTES

La stratégie unique de vaccination des groupes à risque semble actuellement montrer ses limites: elle est inefficace pour contrôler la maladie. L'OMS recommande donc l'introduction de la vaccination systématique dans les programmes nationaux de tous les pays, au plus tard pour 1997.

Un congrès international a été organisé en novembre 93 par le Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB). On y a rappelé que l'hépatite B est une cause de mortalité et de morbidité importante.

Le nombre de décès attribuable à l'hépatite B est estimé aux Etats-Unis à 1.000 - 1.500 par million d'habitants. Cela représente plus que la somme des décès liés à l'Haemophilus influenzae type B, à la poliomyélite, à la coqueluche, à la rougeole, à la rubéole et aux oreillons (voir tableau).

Le Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS estime que le virus de l'hépatite B infecte chaque année entre 900.000 et 1.000.000 d'Européens: 90.000 environ deviendront porteurs chroniques et près de 20.000 décèderont ultérieurement d'une cirrhose ou d'un cancer du foie.

Objectif 1997

Les experts de l'OMS recommandent la vaccination systématique des nouveau-nés et/ou des jeunes adolescents.

Le pic d'incidence de l'hépatite B se situe dans tous les pays occidentaux vers 15-25 ans. La vaccination des adolescents permettrait donc de protéger un groupe particulièrement touché par la transmission sexuelle. D'autre part, on pourrait contrôler à long terme la maladie par la vaccination des nouveau-nés.

Entretemps, la protection des groupes à risque reste évidemment de mise, tout comme le dépistage chez la femme enceinte.

L'OMS propose l'incorporation de la vaccination systématique dans les programmes nationaux dans tous les pays, au plus tard en 1997. 47 pays ont déjà mis en oeuvre des programmes de vaccination systématique: parmi eux, l'Italie, les Etats-Unis, ainsi que des régions autonomes en Espagne et au Canada.

Femme enceinte: essentiel de dépister

Le dépistage systématique permet de protéger l'ensemble des nouveaux-nés.

30% de ceux qui naissent de mère porteuse seront contaminés à la naissance.

En l'absence de traitement, 90 % des enfants contaminés deviendront des porteurs chroniques. Pour obtenir une protection, les enfants nés de mère porteuse doivent recevoir 4 injections, dont la première dans les 12 heures suivant la naissance; à un autre site d'injection, des immunoglobulines spécifiques de l'hépatite B.

Enfin, la protection de l'entourage familial est importante. En effet, la transmission par la vie familiale ne doit pas être sous-estimée: ainsi, en Italie, on a montré que les personnes vivant sous le même toit qu'un porteur de virus présentent un risque trois fois plus élevé que la population générale. Le mode de cette transmission, particulièrement importante chez les enfants, n'est actuellement pas encore totalement élucidé. On admet que de petites blessures, des morsures, des égratignures sont les principales causes de transmission pendant l'enfance. Un enfant porteur pourrait contaminer 10 personnes avant l'âge de 20 ans, dont au moins une deviendrait porteuse. ■

Dr. Patrick Trefois

Morbidité permanente et mortalité estimées des maladies évitables par vaccination, avant disponibilité des vaccins aux E-U

Maladie	Cas cliniques (par million)	Sequelles à long terme (par million)	Décès (par million)
Hépatite B	25,000	7,000	1,000-1,500
H influenzae type b (forme invasive)	5,000	1,500	300-600
Rougeole	900,000	300	200-400
Oreillons	75,000	5	3-5
Poliomyélite	14,000	4,500	100-400
Coqueluche	600,000	40	200-300
Rubéole	300,000	750	10-15

Réf. : Center for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta.

Vaccins

OU LES TROUVER ?

• La plupart des vaccins sont disponibles en pharmacie sur simple présentation d'une ordonnance médicale. Il s'agit des vaccins contre les maladies suivantes: diphtérie, tétanos, coqueluche, rougeole, oreillons, rubéole, poliomyélite (formes vivante et tuée), haemophilus influenzae type b, hépatite A, hépatite B, fièvre typhoïde (formes vivante et tuée), influenza.

Communauté française: les vaccins pédiatriques entrant dans le schéma vaccinal recommandé de l'enfant (les six premiers cités et le vaccin antipoliomyélite vivant oral Sabin) peuvent être obtenus et délivrés gratuitement auprès des Services d'Inspection Communautaire (ex-inspections d'hygiène)

- Province de Hainaut : Esplanade du Dragon 111 - 7000 Mons; tél: 065/34.63.56

- Province de Liège: rue des Ixellois, 7 - 4000 Liège; tél: 041/52.21.80

- Provinces de Luxembourg et de Namur, arrondissement adm. de Nivelles: rue Van Opré, 89 1er étage - 5100 Jambes; tél: 081/31.07.49

- Bruxelles: provisoirement Inspection d'Hygiène du Brabant; tél: 02/210.49.47 - 210.49.46

Grand-Duché de Luxembourg: ces mêmes vaccins pédiatriques, ainsi que le vaccin antipoliomyélite tué Salk et le BCG sont disponibles auprès de la direction de la Santé : (352) 478 55 92

• D'autres vaccins (voir ci-dessous) ont des indications limitées ou sont soumis à des obligations administratives quant à leur administration. Ils ne sont disponibles que dans certains centres spécialisés, qui le cas échéant pourront aider le médecin généraliste dans sa décision.

Fièvre jaune:

Ce vaccin ne peut être administré que dans un centre officiellement reconnu par l'OMS. En Communauté française et au Grand-Duché du Luxembourg, il s'agit des centres suivants (cfr Vax info n° 6):

Anvers	Institut de Médecine Tropicale 03/247.66.66 - infos: 077/12.21.10
Bruxelles	Ministère des Affaires Etrangères 02/238.25.11 Hôpital St-Pierre 02/535.45.05
Charleroi	Hôpital Civil 071/23.29.29
Libramont	Clinique N.-D. de la Miséricorde 061/22.22.45
Liège	Institut provincial Malvoz 041/44.79.54
GD Luxembourg	Centre Hospitalier de Luxembourg + 352 44/11.30.91
Namur	Centre Hospitalier Régional 081/73.53.93 / 73.52.62
Mons	Centre inter-univers. Ambroise Paré 065/39.25.60

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

Dr. Patrik Tréfois

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. Patrik Tréfois - 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 dans un prochain numéro.

Méningite à méningocoques:

Disponible en pharmacie (type A, A+C, A+C+N+Y).

Encéphalite Japonaise et Encéphalite à tiques d'Europe Centrale:

Anvers	Institut de Médecine Tropicale 03/247.66.66 - infos: 077/12.21.10
GD Luxembourg	Centre Hospitalier de Luxembourg (352) 44/11.30.91

Rage:

	Institut Pasteur du Brabant 02/373.31.56
GD Luxembourg	Centre Hospitalier de Luxembourg (352) 44/11.30.91

Tuberculose:

	FARES 02/512.29.36
GD Luxembourg	Direction Générale de la Santé (352) 478.55.92

Pneumococcie:

Disponible uniquement dans les pharmacies hospitalières, notamment pour les patients splénectomisés. Peut être commandé à l'étranger, via le pharmacien (France - Mérieux 33 72 73 77 07; Pays-Bas - MSD 31 23 15 31 53).

Choléra:

Le vaccin contre le choléra n'a actuellement aucune indication. ■

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