

Journée SSMG

par le Dr Jean Moens • Médecin généraliste • 5380 Fernelmont

Actualités en pathologie infectieuse

Tournai, 11 mars 2006

Vaccin contre le virus du papillome humain

Le cancer du col utérin, responsable d'environ 270 000 décès par an dans le monde, est un problème de santé important.

En Belgique, on compte environ 600 nouveaux cas par an, avec pour la dernière décennie, environ 300 décès/an. Le frottis de col est un moyen efficace de dépistage mais un tiers des patientes abandonne le suivi et, après un frottis anormal, certaines ont tendance à ne pas poursuivre la mise au point.

Le HPV (human papilloma virus) est un papovaviridæ à double brin avec une capside sphérique.

La présence de ce virus est une condition nécessaire au cancer du col. Ces papillomavirus de type HPV16 et HPV18 sont retrouvés dans plus de 70 % des néoplasies cervicales.

Ce cancer est un phénomène progressif qui peut évoluer pendant des décennies entre les stades infection et carcinome. L'HPV se transmet par contact de peau à peau pendant une activité sexuelle et une infection peut se perdre spontanément. Le virus cause des changements cellulaires très précocement détectables mais le dépistage devrait toucher toute la population pour être pleinement efficace.

Le vaccin mis au point par GSK contient des particules "virus like" (ne contenant pas l'ADN: une capside vide) et un adjuvant améliorant la réponse immunitaire. La commercialisation de ce vaccin est prévue pour 2007.

Le Lancet a publié les résultats d'une étude randomisée sur plus de 700 cas suivis qui démontre une activité de 100 % pour les personnes vaccinées versus placebo. Des études phase III sont en cours dans 25 pays.

Ce premier vaccin spécifique contre un cancer devrait avoir un impact mondial, en effet, le dépistage a ses limites et aussi son coût.

Le groupe à en bénéficier prioritairement sera composé des jeunes femmes avant le début de l'activité sexuelle. L'effet de la vaccination sera constaté assez rapidement en observant la réduction progressive de la prévalence de l'affection.

Des études américaines "coût-bénéfice" ont montré des résultats favorables pour un public cible bien choisi.

L'information au public devrait être faite avec discernement en évitant le danger d'une médiatisation sauvage.

d'après l'exposé du Pr DERIDDER, ULB

Malaria et Vaccins du voyage

Les possibilités d'infection malarique — un décès sur 2500 voyageurs (1993) — sont différentes selon que le séjour se passe en ville ou en "brousse".

Les médicaments prophylactiques sont: Lariam®, Vibramycine®, Malarone®, Nivaquine® (souvent associée à Paludrine®). Les doses doivent être adaptées pour les enfants et prudentes en cas de grossesse. La prophylaxie adéquate diffère suivant les zones. Pour les détails, consulter www.itg.be. L'efficacité est de 92 à 100 %. Les effets secondaires peuvent entraîner des hospitalisations. Il faut donc comparer le risque d'attraper la malaria avec les effets secondaires de la prophylaxie.

La "stand by therapy" consiste à munir les personnes des médicaments de la crise et de les informer sur la maladie. Pour les séjours de longue durée, alors qu'on sait les personnes non-compliantes, il faut insister pour qu'une prophylaxie correcte soit suivie pendant au minimum le temps de s'enquérir sur les possibilités de soins compétents et de rapatriement. Les gouttes épaisses ne sont pas fiables sur place.

(Pour le plasmodium vivax et pour l'ovale, les voyageurs de courte durée feront leur malaria en Europe.)

La Nivaquine® se donne à raison de 1,5 g en 48 heures, la primaquine à raison de 6 mg/kg; seule la dose totale est importante,

Ne pas oublier les protections mécaniques: moustiquaires et produits répulsifs anti-moustiques, etc.

Voici quelques rappels concernant les autres vaccinations pour le voyage.

L'hépatite A: la vaccination est efficace même si la 2^e dose est faite tard; la protection est longue, le rappel n'est pas nécessaire.

La protection conférée par le vaccin contre l'hépatite B est aussi de longue durée

Pour la **méningite**, le vaccin n'est pas efficace en Afrique. Mencevax® (4 valences) est obligatoire pour les pèlerins de la Mecque. La durée de protection est de 3 ans mais le vaccin est sans effet sur le portage. Menactra® a une efficacité plus longue mais 5 cas de Guillain-Barré ont été décrits. Une quinolone blanchit les porteurs.

Le vaccin contre la **grippe** doit aussi être conseillé aux pèlerins vers la Mecque. La grippe est saisonnière: au Sud, d'avril à septembre.

Il y a encore des épidémies de **polio** en Afrique et en Asie. La vaccination est nécessaire: trois doses et un calendrier accéléré est possible. Le vaccin buccal assure une protection à vie.

La **fièvre jaune**: il s'agit d'un vaccin vivant atténué: une mini-fièvre jaune est possible. Les effets secondaires augmentent avec l'âge. Il faut toujours comparer le risque du vaccin et celui de la maladie.

D'après l'exposé du Pr VANDERCAM, UCL StLuc

Le SIDA en 2006

Le traitement du SIDA a fort évolué depuis son apparition. La monothérapie ne donnait que des résultats partiels et de courte durée. L'arrivée en 1996 de la trithérapie a fait baisser la mortalité de 10 à 1%.

On se trouve aujourd'hui devant plusieurs classes de médicaments dont la tolérance s'améliore et avec elle, l'observance. Les posologies insuffisantes sont causes de sélection de souches résistantes. Le malade consciencieux peut garder un bon équilibre pendant 10 ans.

Une thérapeutique anti-retrovirale vise à abaisser au maximum la charge virale, à restaurer l'immunité et à freiner la progression de la maladie. Mais l'éradication du VIH est illusoire puisque les médicaments ne peuvent pénétrer au niveau des cellules latentes CD4. (lymphocytes T) Le traitement doit comporter d'emblée — pas d'introduction progressive — plusieurs molécules. Même ainsi, il peut apparaître des souches résistantes. C'est une des causes majeures de l'échec thérapeutique.

Pour cette raison, de nouveaux médicaments antiviraux possédant une barrière génétique élevée (en sorte qu'il devient plus difficile pour le virus de développer une résistance) doivent être développés pour combattre l'émergence de virus résistants.

L'industrie pharmaceutique s'y emploie : recherche de nouvelles molécules dans les classes existantes et aussi découverte éventuelle de nouvelles classes.

L'utilisation des antirétroviraux est limitée par la complexité d'un traitement qui sera de longue durée et par les effets secondaires souvent gênants. Il faut d'essayer de diminuer le nombre de prise quotidienne. Mais les effets secondaires restent nombreux et gênants : des troubles digestifs aux accidents coronariens, ostéonécrose aseptique, entre autre

Le principe de "vacance thérapeutique" (arrêt du traitement en fonction du taux de CD4 ; étude SMART) est abandonné : la mortalité est plus importante que dans le groupe traité en continu.

Quant au problème des co-morbidités, il garde toute son importance : hépatite C (beaucoup plus grave chez les sidéens), les cancers, l'augmentation de fréquence de la syphilis. (la présence d'érosions génitales facilite la transmission.)

D'après Pr MOUTON et Dr YANDANPANAH, Tourcoing

La grippe aviaire et le risque de pandémie

Il faut distinguer la grippe saisonnière, la grippe infectant l'homme pendant une période de grippe aviaire et la grippe humaine pandémique pas nécessairement durant un période de grippe aviaire.

L'incidence est importante et le taux de complication aussi, surtout chez les plus de 70 ans avec des décès. La maladie n'est pas éradicable, le réservoir est animal, les moyens de lutte sont la surveillance, la vaccination et la chimioprophylaxie (oseltamivir donné précocement).

Des gripes et "pestes" aviaires du passé, de nombreux enseignements peuvent être tirés pour gérer la situation actuelle. La vaccination de masse peut être efficace mais le vaccin a parfois entraîné l'apparition de cas de Guillain-Barré (Fort Dix USA 1976). L'abattage systématique des volailles dans les zones infectées est la mesure efficace (Hong Kong en 1997, Pays-Bas et Belgique en 2003)

À propos de la grippe aviaire actuelle, on constate une extension géographique sans précédent. Le rôle des oiseaux migrateurs est probable. Le passage de l'animal vers l'homme est très sporadique : 97 décès sur 176 cas en Asie depuis 2004. Quasi tous les cas sont dus à un contact rapproché avec la volaille. Peu de cas homme-homme sont avérés. La sévérité de la maladie est due à la "tempête de cytokines", sur-réaction du système immunitaire.

La grippe pandémique est caractérisée par une explosion de l'épidémie tant dans l'espace que dans le temps. Les porcs ont la particularité d'être sensible aux deux types de virus, ce qui pourrait favoriser le réassortiment (échange de matériel génétique) d'un virus aviaire et d'un virus humain et donc le risque d'une pandémie (grippe asiatique 1957-58). L'autre possibilité est le transfert in toto du virus de l'oiseau vers l'homme (grippe espagnole). L'expérience de cette grippe (1918 ; 40 millions de morts) a montré l'importance des soins de nursing de base, l'efficacité des efforts communautaire (Croix rouge et ONG) et aussi l'inefficacité de la fermeture des frontières.

Le plan belge en cas de pandémie est basé sur la collaboration entre tous les différents acteurs de la santé. Des stocks de médicaments antiviraux sont constitués en suffisance. (en 2007, 30% de la population aurait accès au traitement).

La possibilité de fabrication rapide d'un vaccin dont l'enregistrement pourrait être très court, existe. À propos de la gestion de

l'épidémie, le port des masques, l'approvisionnement en oxygène, la suppression des réunions non essentielles, entre autres mesures seront nécessaires. La vigilance des médecins de première ligne (éviter les hospitalisations!) est un élément essentiel. Le site www.influenza.be tenu régulièrement à jour, donne tous les renseignements nécessaires à la gestion efficace de la situation

D'après l'exposé du Dr SNAECKEN, ISP Bruxelles.

Pandémie grippale et autres pestes du XXI^e siècle

Une table ronde a réuni les différents orateurs pour répondre aux questions des participants sur les « pestes » du XXI^e siècle. Nous livrons ici quelques éléments relevés au cours de ce question réponse.

Épidémie de chikungunya à L'Île de la Réunion : ce virus est un arbovirus (comme pour la dengue et fièvre jaune entre autres). La transmission se fait par un moustique et le réservoir est le singe. Les principaux symptômes sont : pyrexie, arthralgies, myalgies, céphalées et éruptions maculopapuleuses. La guérison spontanée est la règle, la convalescence est longue et l'immunité acquise paraît durable.

La fièvre d'Ebola : la déforestation et la proximité homme-singe sont en partie responsables de cette fièvre hémorragique. La maladie peut se propager rapidement : le sang, les selles, la salive et objets utilisés sont contaminés. La maladie se présente sous forme de flambées : beaucoup de cas mais dans un secteur très limité. La mortalité est importante mais une fois les précautions prises l'épidémie s'arrête rapidement.

En ce qui concerne la **grippe aviaire**, la vaccination de la volaille est interdite en Belgique. Cette pratique réduit la masse virale circulante, mais il est impossible de distinguer les animaux vaccinés des non-vaccinés et ces derniers peuvent être infectés par le virus circulant sans en subir les effets pathogènes.

Les **MST** sur l'axe ferroviaire Paris Amsterdam. Depuis les résultats favorables des trithérapies, les groupes à risques utilisent de moins en moins de mesures préventives. On note une recrudescence de la syphilis dont la symptomatologie actuelle chez des sidéens s'écarte des descriptions classiques.