

Journée SSMG

par le Dr Maurice Einhorn • Médecin journaliste • 1380 Lasne

Vaccination

Mariemont, le 15 septembre 2007

L'acte de prévention par excellence

S'il est un acte médical qui symbolise par excellence la prévention et en représente la forme la plus achevée, c'est bien la vaccination. Acte qui, à ce titre, est censé relever du médecin généraliste. La vaccination nous rapproche aussi le plus de cet objectif ultime qu'est l'éradication de la maladie. C'est, enfin, un domaine où les progrès, ces dernières années, ont été particulièrement marqués. Autant de raisons pour suivre au plus près les évolutions dans le domaine de la vaccination. Il est fondamental que le généraliste reste compétent dans ce domaine en perpétuelle évolution et demeure le référent pour ses patients, quel que soit leur âge et leur sexe.

D'après l'exposé introductif du Dr Pierre LEGAT, Commission du Centre

Immunologie et vaccination : ce n'est pas sorcier

Les technologies modernes en vaccinologie permettent de contrôler la quantité et la qualité de la réponse immunitaire vaccinale. Il ne faut pas oublier à cet égard le rôle des adjuvants, dont Gaston Ramon fut le premier, il y a 25 ans, à reconnaître le rôle dans l'augmentation de la production des anticorps. Il fit ce constat avec l'addition d'adjuvants aux toxoïdes de la diphtérie et du tétanos. Ces adjuvants induisent une immunité protectrice plus élevée et peuvent combler des déficiences immunitaires. À ce niveau-là aussi, comme pour les vaccins eux-mêmes, d'importants progrès ont été réalisés ces dernières années. On peut ainsi citer l'adjuvant AS04.

Pour ce qui est des vaccins eux-mêmes, à côté d'exemples récents, comme le vaccin anti-HPV, très prometteur en termes de santé publique, ou le vaccin anti-rotavirus,

on rappellera notamment deux exemples un peu plus anciens, mais non moins importants, à savoir le vaccin anti-hépatite A et surtout anti-hépatite B. Sans oublier l'importance de vaccins déjà anciens, protégeant contre des maladies devenues très rares sous nos cieux, mais qui tendent à faire une véritable réapparition. C'est le cas de la coqueluche, devenue exceptionnelle en Belgique jusqu'au milieu de la décennie passée, avec moins de dix cas par an, mais réapparue depuis lors avec environ 130 cas en 2005, un nombre qui reste très faible mais qui est clairement l'indicateur d'un phénomène qu'il serait irresponsable de négliger.

D'après l'exposé du Pr Marc DE RIDDER, immunologiste (ULB)

Quelles nouveautés en 2007 ?

Le calendrier vaccinal, tel que le conçoit le Conseil Supérieur de la Santé, est un peu le symbole de l'évolution et des progrès constants réalisés depuis quelques décennies dans le domaine des vaccinations.

On soulignera l'importance du **vaccin contre le pneumocoque**. Depuis cette année, la recommandation est d'administrer ce vaccin, fourni gratuitement via la Communauté française depuis 2007, en même temps que le RRO (rougeole, rubéole et oreillons), à 2, 4 et 12 à 13 mois. Le vaccin anti-pneumococcique est d'une efficacité remarquable pour les infections invasives dues aux sérotypes contenus dans le vaccin (eux-mêmes responsables de 89 % des infections pneumococciques chez l'enfant). Cette efficacité est nettement moindre contre les otites moyennes à pneumocoque, moins préoccupantes que les infections invasives. Aux Etats-Unis, l'immunité de groupe entraînée par la vaccination anti-pneumococcique a réduit de plus des deux tiers, en deux ans à peine, l'incidence des infections invasives chez les enfants de moins de 2 ans mais a aussi réduit leur fréquence chez les adultes et les seniors.

Le **Rotavirus**, lui, est un redoutable tueur dans les pays en voie de développement, où il provoque plus de 1000 décès par jour, tout en ayant des effets infiniment moins graves sous nos cieux. Il reste, chez nous, responsable du plus grand nombre de gastro-entérites aiguës. Le vaccin est disponible en Belgique sous forme de deux spécialités, le RotaTeq® (Sanofi Pasteur MSD) et le Rotarix® (GSK). Tous deux sont des vaccins vivants atténués à administration orale et d'une efficacité certaine (variant selon les souches concernées et le degré de sévérité des infections considérées), avec une bonne tolérance (en particulier pas d'invaginations intestinales liées à ces vaccins, contrairement à ce que d'aucuns avaient craint). En pratique tous deux entraînent une très forte réduction du nombre d'hospitalisations pour des gastro-entérites à Rotavirus. On administrera le vaccin anti Rotavirus en même temps que l'hexavalent (DTPa-IPV-Hib-VHB). On donne deux doses pour le Rotarix® (2 et 3 mois), et trois doses pour le RotaTeq® (2, 3 et 4 mois). On ne donnera en aucun cas de doses après l'âge de 6 mois.

Le vaccin dont on a le plus parlé en 2007, tant dans la profession que dans les médias grand public, est celui qui protège contre le **papillomavirus humain (HPV)**, dans la mesure où il constitue une prévention efficace du cancer du col de l'utérus. Ce cancer (dû dans 70 % des cas au HPV 16 ou 18) est le cinquième par ordre de fréquence chez les femmes en Belgique (après ceux du sein, du côlon, des ovaires et du rectum). Il touche de 600 à 700 femmes par an et y est responsable de plus de 250 décès. Deux spécialités existent pour ce vaccin, le Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD), déjà disponible en Belgique et le Cervarix® (GSK). Tous deux ont un excellent profil d'efficacité et de tolérance. Ils se présentent sous forme injectable et doivent être administrés en trois doses. L'idéal est de procéder à la vaccination chez la fille adolescente avant les premiers rapports sexuels. Pour le Gardasil®, on injectera trois doses à 0, 2 et 6 mois, pour le Cervarix®, à 0, 1 et 6 mois.

D'après l'exposé du Dr Patrick TREFOIS (Question Santé et SSMG)

Voyages et vaccins

L'explosion des voyages enregistrée depuis quelques décennies a des conséquences importantes sur le plan de la santé, tant pour la diffusion de certaines maladies que pour les problèmes qui peuvent toucher les voyageurs lors de leur séjour dans des pays en voie de développement ou après leur retour. Sur 100 000 voyageurs qui se rendent dans ces régions, 50 000 seront malades, 8 000 consulteront, 5 000 seront alités et 1 décèdera. Si les maladies infectieuses ne représentent qu'une partie des problèmes en cause, ce sont évidemment celles qui se prêtent le mieux à une politique de prévention. Les vaccins jouent un rôle capital dans la médecine des voyages.

Certains, comme le vaccin contre la fièvre jaune ou contre le méningocoque sont obligatoires dans tous les cas ou dans certaines situations (comme le vaccin anti-méningocoque à l'occasion du pèlerinage à La Mecque). Les autres sont recommandés en fonction du lieu de séjour prévu. Parmi ces derniers on note les vaccins contre les hépatites A et/ou B, la fièvre typhoïde, la poliomyélite, la méningite à méningocoque, l'encéphalite japonaise, l'encéphalite à tique d'Europe centrale, la rage et éventuellement la tuberculose et le choléra.

Une pathologie qui reste aujourd'hui particulièrement importante à prendre en compte dans la médecine du voyage est la **malaria**. Un cinquième de la population mondiale est à risque à cet égard et l'on enregistre un demi milliard de cas par an, avec plus d'un million de décès (dont plus de 90% en Afrique). La malaria, qui tue un enfant toutes les 30 secondes, est l'un des facteurs principaux parmi ceux qui ralentissent le décollage économique du continent africain. La solution par excellence, tant pour les populations locales que pour les voyageurs, consiste à mettre au point un vaccin antipaludéen. Cette mise au point se heurte à une série de difficultés qui n'ont, à ce jour, pas encore pu être surmontées : passage du parasite d'un organe à l'autre, expression par le parasite de différents antigènes aux divers stades de son évolution, grande capacité de mutation du plasmodium, parasite « caché » dans les globules rouges à l'abri du système immunitaire, absence de modèle animal réellement fiable pour les chercheurs. En attendant l'arrivée d'un vaccin, on aura donc recours à la prévention classique par les anti-malariques.

En conclusion on insistera sur l'importance des vaccins dans la prévention des maladies du voyageur, mais ils doivent être utilisés à bon escient, appliqués « sur mesure » (adaptée au voyageur, à la des-

tinuation de son voyage, au type de séjour, classique ou aventureux, sur place) et associés à d'autres mesures de prévention (protection contre les piqûres, respect de règles d'hygiène, ...).

D'après l'exposé du Dr Camélia Rossi (CHU Ambroise Paré)

Couverture vaccinale

Il y a 25 ans à peine, le calendrier vaccinal de base se résumait à protéger le nourrisson contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Aujourd'hui, notre arsenal de protection comporte des vaccins contre huit autres maladies, à savoir l'hépatite B, la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections invasives à *Hæmophilus influenza* type B, les infections à méningocoques C, les infections invasives à pneumocoques et celles à rotavirus. La mise au point de vaccins combinés permet d'éviter de multiplier les injections. Si l'on considère toutes les vaccinations recommandées (hormis le méningocoque C), on constate qu'à 18 mois 43,4% des enfants ont complété le schéma vaccinal complet. Ils sont en tout 53,8% ce qui reste en-dessous des objectifs de santé publique, et ce du fait de la faible couverture pour le vaccin anti-hépatite B et du score encore insuffisant du RRO. Or, ces taux de couverture devraient augmenter, non seulement pour qu'un nombre plus important d'enfants soient individuellement protégés, mais aussi pour que s'installe une immunité collective. On sait que les seuils critiques d'immunité collective varient, selon la maladie concernée, entre 80 et 95%, c'est-à-dire bien au-dessus des taux de vaccination actuels.

D'après les exposés des Drs Michel CASSIERS (CH Jolimont) et Jean-Pierre CHAMI (CH Jolimont)

Qui vacciner parmi les adultes ?

Qu'en est-il pour les **adultes** ? Le vaccin auquel il faut d'emblée penser est celui contre la **grippe**, à partir de 65 ans pour tous et plus tôt pour une série de sujets à risque accru, soit en raison de pathologies diverses soit de contacts plus fréquents avec des sujets grippés, comme c'est le cas pour les professionnels de santé. La seule contre-indication réelle est l'allergie vraie aux œufs.

On conseillera aussi, le **vaccin anti-pneumococcique** (de type polysaccharidique à 23 valences), à partir de 65 ans, ainsi qu'aux personnes présentant certains problèmes particuliers (sujets splénectomisés

ou souffrant d'une asplénie fonctionnelle, patients présentant une pathologie cardiaque, pulmonaire ou hépatique sévère), mais par contre tout à fait recommandé en cas de Sida, de transplantation, de leucémie lymphoïde chronique, de myélome multiple et d'hémodialyse. La revaccination se fera tous les 5 ans (sauf en cas de problème de rate, où on y procédera tous les 3 ans).

Pour la **diphtérie** — et dans ce cas on procédera à une vaccination DiTe —, on fera, en cas de primovaccination trois injections (0, 1 mois et 6 à 12 mois), avec un rappel tous les dix ans, sans limite d'âge. Si la dernière injection chez un sujet complètement vacciné remonte à plus de vingt ans, deux injections à six mois d'intervalle sont recommandées.

Pour l'**hépatite A**, on fait deux injections à 6 à 12 mois d'intervalle. Le vaccin est particulièrement indiqué (outre le cas des voyageurs) pour les patients ayant des pathologies hépatiques chroniques (e.a. hépatite C chronique), les homosexuels de sexe masculin, les personnes actives dans la chaîne alimentaire et les patients et personnel des institutions pour handicapés mentaux.

Le vaccin contre l'**hépatite B** s'administre à 0, 1 et 6 ou 12 mois et est recommandé pour les hémophiles, les hémodialysés, les candidats à une greffe, les handicapés mentaux profonds, les personnes souffrant de thalassémie majeure, les membres de la famille de patients souffrant d'une hépatite B chronique.

Le vaccin contre la **rage**, lui, est réservé aux groupes à risque traditionnels : vétérinaires, marchands de bestiaux, gardes forestiers, ...

D'après les exposés des Drs Michel CASSIERS (CH Jolimont) et Jean-Pierre CHAMI (CH Jolimont)