

Vaccination contre le rotavirus

[Déjà paru dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site web le 9 janvier 2007]

Un vaccin oral contre le rotavirus a été récemment enregistré et commercialisé en Belgique (Rotarix®) [voir Folia de juillet et de septembre 2006]. Les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène (CSH) belge concernant la vaccination contre le rotavirus peuvent être consultées via www.health.fgov.be/CSH_HGR, cliquez sur « Avis et Recommandations » (mot-clé: « rotavirus »).

Dans les pays industrialisés, les infections à rotavirus représentent 15 à 50% des cas de gastro-entérites; bien que ces infections soient parfois sévères, la mortalité associée à celles-ci reste faible. Le CSH recommande quand même la vaccination contre le rotavirus chez tous les nourrissons à partir de l'âge de 2 mois (voir le calendrier vacci-

nal de base 2007, via www.health.fgov.be/CSH_HGR, cliquez sur « Avis et Recommandations », mot-clé: « calendrier de vaccination »); aucune dose de vaccin ne sera administrée au-delà de l'âge de 6 mois vu le risque accru d'invagination intestinale observé avec un précédent vaccin contre le rotavirus chez les enfants de plus de 6 mois.

Le vaccin semble agir davantage sur la gravité de l'infection que sur son incidence. L'influence de cette vaccination sur l'épidémiologie et la morbidité des infections à rotavirus en Belgique ainsi que son rapport coût-efficacité ne sont pas encore connus. Dans l'avis du Conseil Supérieur d'Hygiène, un autre vaccin contre le rotavirus est également mentionné: Rota Teq®; ce vaccin est enregistré au niveau européen, mais n'est pas encore commercialisé en Belgique.

Le vaccin contre le pneumocoque Prevenar® mis gratuitement à disposition

[Déjà paru dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site web le 9 janvier 2007]

La vaccination contre le pneumocoque avec le vaccin conjugué contre 7 sérotypes (Prevenar®) a été intégrée dans le calendrier vaccinal de base 2007 recommandé par le Conseil Supérieur d'Hygiène belge. La vaccination consiste en l'administration de 3 doses à l'âge de 2, 4 et 12 mois (schéma 2 + 1). Le Conseil Supérieur d'Hygiène recommande également pendant l'année 2007 une vaccination de rattrapage pour tous les enfants de moins

de deux ans, selon les schémas suivants.

- Pour les enfants de moins de 10 mois: 2 doses à 8 semaines d'intervalle, suivies d'une dose de rappel avec un intervalle de 6 mois.
- Pour les enfants de 10 et 11 mois: 2 doses à 6 mois d'intervalle.
- Pour les enfants de 12 à 23 mois: une seule dose de vaccin.

En ce qui concerne les enfants de 2 à 5 ans, seuls ceux qui présentent un risque accru d'infection invasive à pneumocoque doivent être vaccinés.

A partir de janvier 2007, le vaccin Prevenar® peut être obtenu gratuitement auprès des communautés pour la vaccination des enfants de moins de deux ans. Chez les enfants qui ont déjà reçu avant janvier 2007 une ou deux doses de vaccin, la vaccination peut être poursuivie et complétée avec le vaccin mis à disposition par les communautés.

Pour commander les vaccins, les procédures habituelles de commande sont de rigueur.

Sites web utiles

Site web du Conseil Supérieur d'Hygiène : www.health.fgov.be/CSH_HGR,

cliquez sur « Avis et Recommandations » (mots-clé : « calendrier de vaccination », « pneumocoque » ou « vaccination de rattrapage »)

Site web de la *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* : www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinatie.aspx

En bref

- La **persistance de l'ouverture du canal artériel** après la naissance se rencontre surtout chez les prématurés et peut entraîner entre autres des problèmes respiratoires et une insuffisance cardiaque. D'après une analyse parue dans *La Revue Prescrire* [2006;26:203-5], le **traitement** du nouveau-né par un anti-inflammatoire non stéroïdien par voie intraveineuse (l'AINS le mieux étudié étant l'indométacine et, dans une moindre mesure, l'ibuprofène) s'avère souvent efficace pour fermer le canal artériel. Une récurrence apparaît chez 5 à 10 % des prématurés (jusqu'à 20 % chez les plus petits prématurés). Le rapport risque-bénéfice d'un tel traitement semble le plus favorable chez les prématurés qui présentent des symptômes. L'intervention chirurgicale est un traitement de deuxième choix.

- La *Women's Health Initiative* est une étude contrôlée par placebo sur les effets à long terme du **traitement hormonal de substitution (THS)** [voir Folia d'octobre 2003]. La branche de l'étude concernant les femmes non hystérectomisées – c.-à-d. celles traitées par une association estroprogestative – a été interrompue en 2002, surtout en raison d'un

risque accru de cancer du sein [voir Folia de novembre 2002 et d'octobre 2003]. La branche de l'étude concernant les femmes hystérectomisées – c.-à-d. celles traitées par un **estrogène seul** – a été interrompue en 2004 en raison d'un risque accru d'accidents vasculaires cérébraux [voir communiqué du 5 mars 2004 dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site web]. Les résultats préliminaires de cette branche d'étude n'avaient pas montré d'augmentation du risque de **cancer du sein**, et une diminution du risque avait même été suggérée. L'analyse détaillée de ces résultats a été publiée récemment [*JAMA* 2006;295:1647-57]. Les résultats ne montrent, après un suivi de 7,1 ans en moyenne, aucune différence en ce qui concerne le risque de cancer du sein invasif entre le groupe recevant un estrogène et le groupe placebo. Ces résultats sont encourageants. Il reste cependant vrai qu'un traitement hormonal de substitution, soit par un estrogène seul chez les femmes hystérectomisées, soit par une association estroprogestative chez les femmes non hystérectomisées, ne doit de préférence pas être poursuivi plus longtemps que ce qui est nécessaire pour le traitement des plaintes liées à la ménopause.