

VACCINATION CONTRE LA COQUELUCHE CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES

[Déjà paru dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web le 30/7/2007]

L'attention a été attirée récemment dans la presse sur la question de savoir si une vaccination de rappel contre la coqueluche devrait être administrée systématiquement à tous les adolescents. Le but d'un tel rappel n'est pas tellement de protéger ces adolescents contre la coqueluche, mais plutôt de prévenir la transmission de la coqueluche à des enfants qui ne sont pas encore ou pas complètement vaccinés contre la coqueluche, p.ex. les nourrissons de moins de 2 mois avant leur première vaccination: c'est en effet chez ces très jeunes enfants que la coqueluche est la plus grave. L'idée de revacciner la cohorte des adolescents vient du fait que ces dernières années, une augmentation de l'incidence de la coqueluche a été observée au niveau mondial (d'après certains, l'augmentation est la plus importante chez les adolescents), et qu'il s'agit d'une cohorte relativement facile à atteindre. Un rappel chez les adolescents est déjà recommandé actuellement dans plusieurs pays tels la France, l'Allemagne, le Canada et les Etats-Unis. La question reste toutefois de savoir si cette stratégie est la meilleure, et s'il ne faut pas veiller plutôt à ce que les adultes en contact avec des nourrissons (p.ex. les jeunes parents et leurs proches ainsi que le personnel soignant des services de pédiatrie et des milieux d'accueil de la petite enfance, y compris les gardiennes d'enfants) reçoivent un rappel. C'est ce qui est actuellement recommandé par le Conseil Supérieur d'Hygiène.

Informations de base à ce sujet.

Recommandations actuelles pour les enfants

Pour la primo-vaccination chez l'enfant, le schéma suivant est actuellement recommandé: une dose à l'âge de 2 mois, 3 mois et 4 mois; un rappel à l'âge de 15 mois et à l'âge de 5 à 7 ans. On utilise à cette fin un vaccin contre la coqueluche acellulaire, de préférence un vaccin hexavalent (en association avec les vaccins contre la polio, la diphtérie, le tétanos, l'hépatite B et le Hib). Vous pouvez trouver des informations plus détaillées dans le calendrier des vaccinations de base recommandées par le Conseil Supérieur d'Hygiène [via www.health.fgov.be/CSH_HGR, cliquez sur "Avis et Recommandations" (mot-clé: "calendrier des vaccinations") ou via le Répertoire Commenté des Médicaments].

Recommandations actuelles pour les adolescents/adultes

Dans les Folia de juillet 2004, l'attention a déjà été attirée sur la vaccination contre la coqueluche chez les adolescents et les adultes. On y fait référence aux recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène (2003). Le Conseil Supérieur d'Hygiène recommande une vaccination de rappel contre la coqueluche chez les adolescents et les adultes qui n'ont pas été vaccinés complètement contre la coqueluche pendant leur enfance. Selon l'avis du Conseil Supérieur d'Hygiène, le médecin peut en outre envisager un rappel contre la coqueluche de manière individuelle pour chaque adulte, indépendamment de son statut vaccinal;

il est recommandé d'accorder une attention particulière aux adultes en contact avec des nourrissons: les jeunes parents et leurs proches ainsi que le personnel soignant des services de pédiatrie et des milieux d'accueil de la petite enfance, y compris les gardiennes d'enfants. Une vaccination systématique contre la coqueluche des adolescents et des adultes n'est donc pas recommandée pour le moment en Belgique.

Chez les adolescents/adultes, il convient d'utiliser le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche avec une quantité réduite en anatoxine diphtérique et en antigènes de *Bordetella pertussis*: Boostrix®.

Arguments possibles en faveur d'une vaccination de rappel systématique chez les adolescents

- Chez les adolescents et les adultes, la coqueluche n'est généralement pas une affection grave en raison de l'existence d'une immunité complète ou partielle. La maladie s'accompagne d'une toux chronique, mais ne présente que rarement les caractéristiques et complications classiques de la coqueluche, et n'est dès lors souvent pas reconnue cliniquement. L'infection elle-même peut cependant être transmise, et il a été constaté que les adolescents et les adultes constituent une source importante de contamination pour les très jeunes enfants. Le but de la vaccination de rappel n'est donc pas de protéger les adolescents et les adultes contre la coqueluche, mais de lutter contre la transmission de la coqueluche à des enfants qui ne sont pas encore ou pas complètement vaccinés, p.ex. les nourrissons de moins de 2 mois avant leur première vaccination: c'est en effet chez ces très jeunes enfants que la coqueluche est la plus grave.

- De plus, il a été observé dans plusieurs pays avec un taux de vaccination élevé que l'incidence de la coqueluche chez les

adolescents et les adultes a augmenté ces 10-15 dernières années, et il existe des indices que cette augmentation de l'incidence est plus prononcée chez les adolescents. Cette augmentation semble s'expliquer surtout par une plus grande vigilance et par de meilleures possibilités de diagnostic; de plus, bien que la coqueluche soit toujours endémique, des pics épidémiques sont observés tous les 2 à 5 ans. Une augmentation réelle de l'incidence de la coqueluche n'est cependant pas exclue; les arguments donnés sont les suivants.

- L'immunité acquise par la vaccination commence à diminuer après 3 à 5 ans, et une protection n'est plus décelable après 10 à 12 ans.
- L'immunité acquise après une coqueluche ne persiste pas non plus indéfiniment.
- Depuis la vaccination généralisée des enfants contre la coqueluche dans les années '50-'60, le *Bordetella pertussis* naturel circule moins dans la communauté, et le phénomène de rappel naturel est de ce fait diminué.
- Dans plusieurs pays, une diminution du nombre d'enfants vaccinés a été constatée.
- Dans certains pays, p.ex. en France, en Allemagne, au Canada, aux Etats-Unis, un rappel systématique contre la coqueluche est dès lors recommandé chez tous les adolescents (à l'âge de 12 à 17 ans): il est admis en effet que cette cohorte est facile à atteindre, et selon certains, c'est surtout cette cohorte qui, en raison de la perte de l'immunité après la primo-vaccination initiale, représente une source importante de contamination. L'efficacité de cette stratégie est évaluée de manière continue.
- Une autre stratégie pour limiter la transmission de la coqueluche à de très jeunes enfants est de vacciner tous les adolescents et les adultes. Pour avoir un effet, il a été estimé que

plus de 85 % des adolescents et des adultes devraient être vaccinés, et qu'un rappel devrait être fait tous les 10 ans. Ceci est probablement difficilement réalisable d'un point de vue organisationnel, et le coût est très élevé.

- Le Conseil Supérieur d'Hygiène belge recommande pour le moment de (re)vacciner en priorité les personnes qui sont fréquem-

ment en contact avec des nourrissons (voir plus haut); cette stratégie est également recommandée ailleurs. Le Conseil Supérieur d'Hygiène évalue quelle stratégie sera la plus efficace.

Note

Les références de cet article peuvent être consultées sur notre site Web.

Bon à savoir

INTERVENTION POUR CERTAINS PANSEMENTS ACTIFS CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE PLAIES CHRONIQUES

[Voir aussi le communiqué du 31/7/2007 dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web]

A partir du 1^{er} juillet 2007, les malades chroniques peuvent bénéficier d'un certain nombre de nouvelles mesures. Nous avons déjà mentionné l'intervention de l'INAMI dans le coût de certains analgésiques pour les patients atteints de douleur chronique [voir Folia d'août 2007]. Les patients qui présentent des plaies chroniques (c.-à-d. des plaies insuffisamment guéries après

6 semaines de traitement) peuvent également obtenir une intervention dans le coût de certains pansements actifs. La liste de ces pansements est mentionnée dans l'annexe 1 de l'AR du 03.06.07 (MB 25.06.07). Pour plus d'informations, voir site Web de l'INAMI: www.inami.fgov.be (mot-clé: «pansements actifs»).

En bref

- **L'exénatide** (Byetta®) [n.d.l.r. : pas encore commercialisé en Belgique] est le premier représentant des « incrétinomimétiques », une nouvelle classe d'antidiabétiques qui augmentent la sécrétion d'insuline par les cellules β du pancréas en fonction de la glycémie, inhibent la sécrétion de glucagon et ralentissent la vidange gastrique. Il est utilisé en injection sous-cutanée dans le traitement du diabète de type 2 en association à la metformine et/ou un sulfamidé hypoglycémiant; la dose de l'exénatide ne doit pas être adaptée aux résultats de la glycémie. Le risque d'hypoglycémie est surtout accru

lorsque l'exénatide est associé à un sulfamidé hypoglycémiant (dont la dose doit être adaptée). Contrairement à l'insuline, l'exénatide a l'avantage d'entraîner une diminution du poids corporel, mais il est très fréquemment responsable de nausées. Les effets à long terme de l'exénatide, en particulier en ce qui concerne les complications micro- et macrovasculaires du diabète, ainsi que son innocuité à long terme ne sont pas connus, ce qui limite actuellement sa place dans la prise en charge du diabète de type 2. [*Pharma Selecta* 2007; 23 :27-30]