Janvier-février 2008

VACCINS
INFO-RESSOURCES

RÉSUMÉ MENSUEL DE PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES IMPARTIALES

Le CCNI conclut que le vaccin antirotavirus pentavalent serait bénéfique pour le nourrisson et sa famille

Relevé des maladies transmissibles du Canada (RMTC) *publié en ligne le 22 janvier 2008;34(DCC-1):1-33.*

Compte tenu du portrait épidémiologique de l'infection à rotavirus (RV) au Canada, le Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI) conclut que le vaccin anti-RV pentavalent actuellement homologué serait probablement bénéfique pour le nourrisson et sa famille. Une vaste couverture vaccinale diminuerait sensiblement la morbidité et le coût des soins associés à une infection à RV.

La quasi-totalité des enfants sont victimes d'une gastro-entérite à RV avant l'âge de 5 ans, et le RV explique la majorité des hospitalisations pour cause de gastro-entérite chez l'enfant. Au Canada, le CCNI estime que ce taux varie entre un sur 62 et un sur 312 chez les enfants de <5 ans. Même lorsqu'elle ne nécessite pas d'hospitalisation, l'infection à RV a des retombées majeures sur le système de santé canadien, car elle motive chaque année quelque 41 000 consultations médicales et 17 000 visites aux urgences.

Il est ressorti de trois essais cliniques – lors desquels la moitié d'un échantillon d'environ 72 000 nourrissons a reçu le vaccin pentavalent – que le schéma à trois doses prévenait >98 % de toutes les gastro-entérites à RV sévères causées par l'un des quatre sérotypes G vaccinaux et >73 % des gastro-entérites à RV, peu importe la sévérité. Le vaccin s'est aussi révélé efficace à 74 % contre l'infection à RV causée par le sérotype G9 non vaccinal. Lors du plus vaste de ces essais, REST (*Rotavirus Efficacy and Safety Trial*), le vaccin a réduit de 94,5 % le nombre d'hospitalisations ou de visites aux urgences motivées par l'infection à RV de type G1 à G4 et de 86 % le nombre de visites non urgentes au cabinet ou en clinique. Chez les parents ou les tuteurs de plus de 68 000 nourrissons évalués, le vaccin a aussi réduit de >86 % le nombre de jours de travail perdus à cause de l'infection à RV.

Supposant qu'environ 94 % des infections à RV contractées au Canada sont causées par les souches vaccinales du RV, le CCNI estime à partir du modèle de cohorte sur la gastro-entérite à RV que la vaccination universelle des nourrissons du Canada pourrait prévenir chaque année jusqu'à 56 000 gastro-entérites à RV, 33 000 visites chez le médecin, 15 000 visites aux urgences et 5000 hospitalisations.

Au sein du groupe de près de 72 000 nourrissons, seulement six cas d'intussusception ont été signalés chez les sujets vaccinés *vs* cinq chez les témoins sous placebo; et on n'a noté aucun signe de concentration de cas dans les quelques semaines suivant l'administration de l'une ou l'autre dose du vaccin, soit la période la plus propice à l'apparition d'une intussusception.

Le CCNI a récemment formulé les recommandations suivantes sur l'utilisation du vaccin anti-RV pentavalent au Canada :

- La première dose du vaccin doit être administrée entre l'âge de 6 et 12 semaines.
- La première dose ne doit pas être administrée après l'âge de 12 semaines (c.-à-d., 13 semaines moins un jour).
- Les doses subséquentes doivent être administrées à intervalles de quatre à 10 semaines.
- Le nourrisson doit avoir reçu les trois doses par voie orale avant l'âge de 32 semaines.
- Le nourrisson doit recevoir chaque dose sous la supervision d'un professionnel de la santé, que ce soit à une clinique ou au cabinet du médecin.
- Si le nourrisson recrache ou régurgite le vaccin, on recommande de ne pas administrer de dose de remplacement.
- Si la première dose est administrée par mégarde après l'âge de 13 semaines, contrairement aux indications, les doses subséquentes doivent être administrées à intervalles d'au moins 4 semaines.
- Le nourrisson qui souffre d'une gastro-entérite à RV avant d'être complètement immunisé doit tout de même recevoir les trois doses, car la primo-infection ne confère souvent qu'une immunité partielle.
- Le nourrisson peut être vacciné même s'il est allaité.

NE PAS DISTRIBUER

RÉSUMÉS TIRÉS D'ARTICLES PARUS DANS :

Clin Infect Dis : www.journals.uchicago.edu/CID
J Infect Dis : www.journals.uchicago.edu/JID
Vaccine : www.sciencedirect.com
Adv Ther : www.advancesintherapy.com
Paediatrics & Child Health : www.cps.ca/francais/publications/PCH

La SCP appuie la vaccination universelle des jeunes filles contre le VPH

Comité des maladies infectieuses et de l'immunisation, Société canadienne de pédiatrie (SCP). Paediatrics & Child Health *2007;12(7):599-603.*

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) appuie la vaccination universelle de toutes les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans contre le virus du papillome humain (VPH), c'est-à-dire dès que le prévoient les programmes de vaccination.

Dans sa revue de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin anti-VPH, la SCP insiste sur la nécessité de vacciner les jeunes filles avant la primo-infection. Le virus peut être transmis par de simples attouchements sexuels, sans relation sexuelle. Au Canada, environ 1 % à 4 % des enfants ont une relation sexuelle avant la 6e année de scolarité; 3 % à 4 % avant la 7e année; 17 % à 23 % avant la 9e année; et 40 % à 46 % avant la 11e année ou l'âge de 16 ans. «Si on limite l'analyse aux attouchements sexuels, les pourcentages sont probablement plus élevés encore, car l'exploration et les attouchements sexuels précèdent la relation sexuelle complète pendant un certain temps», notent les auteurs.

La SCP a aussi formulé les recommandations suivantes :

- Il importe en particulier de vacciner les jeunes filles qui vivent dans la rue, en famille d'accueil ou en foyer de groupe, le risque d'activité sexuelle précoce étant alors plus élevé.
- Le vaccin doit être donné à toutes les jeunes filles non vaccinées de ≥13 ans dans le cadre d'un programme de «rattrapage».
- Les jeunes femmes ayant déjà eu une cytologie cervicale anormale, des condylomes génitaux ou une infection à VPH confirmée doivent tout de même être vaccinées, car il est improbable qu'elles aient été infectées par les quatre types vaccinaux et pourraient donc tout de même bénéficier du vaccin.
- Le médecin doit conseiller à ses patientes vaccinées de continuer de participer à un programme de dépistage du cancer du col une fois actives sexuellement.
- Tous les enfants et adolescents actifs sexuellement doivent être informés des comportements responsables à adopter pour réduire le risque de transmission des types non vaccinaux du VPH et d'autres infections transmissibles sexuellement, comme l'usage systématique du condom, qu'ils aient été vaccinés ou non. La SCP reconnaît toutefois que l'usage systématique du condom ne prévient pas totalement l'infection à VPH.
- Les experts estiment que les sujets immunodéprimés peuvent recevoir le vaccin à la même dose, selon le même calendrier vaccinal.
- Les études visant à évaluer l'efficacité du vaccin chez les garçons doivent être considérées comme prioritaires, les données immunologiques recueillies à ce jour étant probantes.

Condylomes génitaux chez une femme scandinave sur 10

Kjaer et al. *The burden of genital warts: a study of nearly 70,000 women from the general female population in the 4 Nordic countries.* J Infect Dis *2007;196(10):1447-54.*

Selon la plus vaste étude menée à ce jour sur la prévalence des condylomes génitaux (CG), une femme scandinave sur 10 doit vivre les conséquences médicales et psychosociales des CG. L'incidence est aussi en hausse dans les cohortes de naissance plus jeunes.

La Pre Susanne Kruger Kjaer, Société danoise du cancer, Copenhague, et ses collègues de plusieurs établissements ont évalué la survenue et les corrélats des CG au sein d'un échantillon aléatoire de 69 147 femmes de 18 à 45 ans vivant au Danemark, en Islande, en Norvège et en Suède. «La majorité des femmes étaient mariées ou avaient un conjoint de fait [69,6 %], notent les auteurs; le nombre médian de partenaires sexuels à vie était de cinq et l'âge médian à la première relation sexuelle, de 16 ans.»

En tout, 7351 (10,6 %) des sujets de la cohorte entière ont rapporté au moins un épisode de CG cliniquement diagnostiqués, et la moyenne d'âge était d'environ 22 ans dans les quatre pays. La prévalence d'antécédents de CG variait entre 12 % en Islande et 9,5 % en Norvège. «En Islande, en Norvège et en Suède, la prévalence augmentait parallèlement à l'âge dans les cohortes de naissance plus jeunes», précisent les investigateurs, alors que la prévalence était plus faible au sein des cohortes âgées. Au Danemark, en revanche, la prévalence augmentait de façon constante avec l'âge de la cohorte.

Les chercheurs ont aussi observé une tendance – plus prononcée en Islande – selon laquelle le nombre de partenaires sexuels était plus élevé dans les cohortes de naissance plus jeunes, sauf chez les femmes de la cohorte la plus jeune qui n'avaient pas encore eu le temps d'avoir un grand nombre de partenaires. Les principaux facteurs associés aux CG cliniquement diagnostiqués étaient le nombre à vie de partenaires sexuels, le rapport de cotes (*odds ratio*) étant de 9,45 chez celles qui avaient eu au moins 15 partenaires par rapport à celles qui avaient eu un partenaire unique. L'utilisation d'un contraceptif oral, l'usage du condom, un avortement antérieur, un niveau élevé de scolarité et des antécédents de tabagisme de plus de 59 paquets-années augmentaient aussi la probabilité d'un épisode de CG.

«Comme ce fut le cas dans d'autres études [...], nous avons noté que des antécédents de CG étaient étroitement corrélés avec les indicateurs d'habitudes sexuelles, comme le nombre à vie de partenaires sexuels et les antécédents d'infections transmises sexuellement [...], 82 % de tous les cas étant survenus chez les femmes qui avaient eu au moins cinq partenaires, soulignent les chercheurs. En outre, cette étude a objectivé une incidence croissante de CG au sein des cohortes de naissance plus jeunes.»

Les chercheurs estiment donc que leurs observations «viendront combler des lacunes et permettront ainsi de comprendre la dynamique changeante des CG dans la population, d'estimer le poids économique de l'infection à VPH par rapport à celui des CG et de concevoir des modèles mathématiques pour prévoir les avantages et les coûts à long terme de la vaccination anti-VPH».

Une majorité de Canadiens feraient vacciner leur fille contre le VPH

Ogilvie et al. *Parental intention to have daughters receive the human papillomavirus vaccine.* CMAJ *2007;177(12):1506-12.*
Duval et al. *Vaccination against human papillomavirus: a baseline survey of Canadian clinicians' knowledge, attitudes and beliefs.* Vaccine *2007;25(45):7841-7.*

La majorité des répondants à un sondage mené récemment auprès de parents canadiens accepteraient de faire vacciner leur fille contre le virus du papillome humain (VPH), du moins dans le cadre d'une campagne publique menée en milieu scolaire chez les jeunes filles de 6e année.

La Dre Gina Ogilvie, *University of British Columbia*, Vancouver, et ses collègues de divers établissements ont demandé à 1350 parents de fillettes s'ils feraient vacciner leur enfant contre le VPH. L'équipe a également recherché d'éventuels prédicteurs des intentions des parents en matière de vaccination. Fait intéressant, environ la moitié seulement des répondants avaient déjà entendu parler du VPH et environ le quart seulement savaient que ce virus se transmettait par contact sexuel.

Au total, 73,8 % des 1350 répondants ont indiqué qu'ils souhaitaient faire vacciner leur fille contre le VPH. «Les intentions de vaccination varient selon la région, allant de 62,8 % en Colombie-Britannique et au Yukon à 82,6 % dans les provinces de l'Atlantique.» On constate avec étonnement que les antécédents culturels, le niveau de scolarité et les croyances religieuses n'influent nullement sur l'intention des parents de faire vacciner leur fille.

En revanche, des analyses multivariables ont révélé que les parents favorables à la vaccination en général – et à la vaccination anti-VPH en particulier – tout comme ceux qui estimaient que le vaccin n'aurait qu'une influence limitée sur le comportement sexuel de leur fille étaient plus susceptibles de consentir à la vaccination anti-VPH. Par ailleurs, les parents jugeant qu'une de leurs connaissances pourrait souffrir d'un cancer du col voyaient la vaccination d'un œil plus favorable. Toujours selon le même sondage, le fait que le vaccin anti-VPH soit recommandé par divers groupes, notamment des professionnels de la santé (et particulièrement des médecins), influait notablement sur le désir des parents de faire vacciner leur fille.

Un autre sondage sur les connaissances, l'attitude et l'opinion des obstétriciens-gynécologues, des médecins de famille et des pédiatres canadiens au sujet de l'infection à VPH et de sa prévention a mis en lumière un très solide appui à la vaccination.

Quatre-vingt-quinze pour cent des répondants à un questionnaire anonyme envoyé à 2500 médecins – et auquel environ la moitié des destinataires ont répondu – estiment que l'on devrait vacciner les jeunes filles avant le début de leur vie sexuelle

NE PAS DISTRIBUER

active. De fait, 88 % des répondants recommanderaient le vaccin s'il était payé par l'État, et 84 %, soit une proportion à peine plus faible, le conseilleraient même s'il devait être payé par les utilisateurs. Enfin, 94 % des répondants recommanderaient un vaccin offrant une protection à la fois contre le cancer du col et les condylomes génitaux, proportion qui baisse à 89 % si le vaccin immunise uniquement contre le cancer du col.

«Dans l'ensemble, plus des deux tiers des médecins s'attendent à ce que la vaccination anti-VPH procure des bienfaits appréciables, [et] bien que les connaissances sur le VPH et sa prévention soient généralement lacunaires, la quasi-totalité des cliniciens interrogés sont favorables au vaccin anti-VPH et estiment qu'il devrait être donné aux jeunes filles avant le début de leur vie sexuelle active.»

Efficience marquée de deux nouveaux vaccins

Pellissier et al. *Evaluation of the cost-effectiveness in the United States of a vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults.* Vaccine *2007;25(49):8326-37.*
Newall et al. *The cost-effectiveness of rotavirus vaccination in Australia.* Vaccine *2007;25(52):8851-60.*

Deux études ont montré le rapport coût-efficacité très avantageux de deux nouveaux vaccins, l'un destiné aux adultes âgés et l'autre, aux nourrissons.

Le Dr James Pellissier, Blue Bell, Pennsylvanie, et ses collègues de divers établissements ont élaboré un modèle décisionnel avec groupes d'âge dans le but d'évaluer les coûts et l'état de santé à vie associés au zona, aux algies post-zostériennes (APZ) et aux autres complications du zona chez les personnes de ≥60 ans vaccinées par rapport à celles qui ne l'ont pas été. Les calculs utilisés s'inspirent de résultats d'essais cliniques ayant démontré une diminution cliniquement probante de l'incidence des deux infections virales par rapport au placebo.

«Dans une cohorte représentative constituée de 1 million d'Américains de ≥60 ans vaccinés, on a estimé que le vaccin contre le zona éliminerait de 75 548 à 88 928 cas de zona et plus de 20 000 cas d'APZ.» En outre, la vaccination du groupe d'âge cible éliminerait plus de 300 000 consultations externes, 375 000 ordonnances, 9700 visites aux urgences et 10 000 hospitalisations. On parle ici d'une économie de 82 à 103 millions de dollars en coûts de soins de santé liés au diagnostic et au traitement du zona, des APZ et d'autres complications du zona.

En ce qui touche le coût par année de vie sans invalidité (QALY) gagnée, principal paramètre de l'analyse, les chercheurs ont évalué qu'il oscillerait entre 16 229 $ et 27 609 $. S'appuyant sur des valeurs seuils d'efficience reconnues, ils estiment donc qu'à 150 $US, le vaccin contre le zona sera probablement efficient chez les adultes immunocompétents de ≥60 ans. Ils précisent que l'efficience de ce vaccin est comparable à celle d'autres mesures prophylactiques visant la population adulte.

Dans une autre étude, le Dr Anthony Newall, *University of Sydney*, Australie, et ses collègues de divers établissements ont déterminé l'efficience de deux vaccins antirotavirus administrés en Australie. Dans leur modèle, les chercheurs ont pris en considération des conséquences précises de l'infection que le vaccin, administré conformément aux recommandations, permettrait d'atténuer ou d'éliminer : hospitalisations, visites aux urgences, visites chez l'omnipraticien et décès. Les chercheurs ont suivi une cohorte fictive d'enfants pendant leurs cinq premières années de vie, car le fardeau de l'infection à rotavirus est principalement imputable à des patients de <5 ans.

Inoculés suivant les recommandations, soit en deux (Rotarix) ou trois (RotaTeq) doses à des nourrissons, les deux vaccins ont permis le gain de QALY, moyennant 60 073 $/QALY dans le cas du premier et 67 681$/QALY pour le second. Dans la cohorte étudiée, la vaccination universelle par l'un ou l'autre de ces produits donnerait également lieu à un recul très comparable des décès, des hospitalisations ainsi que des visites aux urgences ou chez l'omnipraticien causés par l'infection à rotavirus.

«En Australie, la mortalité associée au rotavirus est nettement moindre que dans les pays en développement, [mais] l'infection entraîne une morbidité appréciable et une utilisation considérable des ressources de soins de santé. Les résultats de cette analyse donnent à penser que la vaccination anti-rotavirus pourrait se révéler efficiente, le facteur déterminant étant le prix du vaccin.»

Immunogénicité du vaccin antirougeoleux en aérosol

Low et al. *Immunogenicity and safety of aerosolized measles vaccine: Systematic review and meta-analysis.* Vaccine *2008:26(3):383-98.*

Il ressort d'une recherche documentaire systématique que l'immunogénicité du vaccin antirougeoleux en aérosol serait équivalente, voire supérieure, à celle du vaccin injectable par voie sous-cutanée (s.-c.) chez les enfants de ≥10 mois.

Avec son équipe, la Dre Nicola Low, Université de Berne, Suisse, a procédé à une recherche documentaire et à une méta-analyse d'essais publiés pour déterminer l'immunogénicité et l'innocuité du vaccin antirougeoleux en aérosol chez des enfants d'âge variable et des adultes. L'analyse – qui regroupait sept essais randomisés, quatre essais non randomisés et six essais non comparatifs – portait sur les données sérologiques de 2887 sujets vaccinés.

Chez les enfants de <10 mois, les résultats étaient disparates : quatre essais comparatifs faisaient état d'un taux de séroconversion inférieur après l'administration du vaccin en aérosol. Dans deux de ces essais, «la différence était peu susceptible de tenir au hasard».

Par contre, chez les enfants de 10 à 36 mois, le taux colligé de séroconversion après l'administration du vaccin en aérosol était de 93,5 % *vs* 97,1 % après l'administration du vaccin s.-c. Les résultats étaient également hétérogènes chez les enfants de 5 à 15 ans, mais le vaccin en aérosol était plus immunogène dans l'ensemble des essais comparatifs. Les effets indésirables du vaccin en aérosol étaient généralement bénins et peu fréquents. Le vaccin antirougeoleux s.-c. est commercialisé depuis plus de 40 ans, mais en 2004, on comptait toujours 10 pays où plus de la moitié des enfants de un an n'avaient même pas reçu une seule dose du vaccin.

«La transmission naturelle de la rougeole se fait par voie aérienne – via la muqueuse respiratoire – de sorte que l'aérosol est la forme non injectable la plus prometteuse à ce jour. La simplification de l'administration peut accroître la couverture vaccinale, favoriser l'acceptation et l'innocuité du vaccin et améliorer le rendement des campagnes d'éradication.»

De plus en plus d'infections invasives à pneumocoques dues à des sérotypes autres que ceux du PCV7 en Espagne

Muñoz-Almagro et al. *Emergence of invasive pneumococcal disease caused by nonvaccine serotypes in the era of the 7-valent conjugate vaccine.* Clin Infect Dis *2008;46(2):174-82.*

Malgré l'avènement du vaccin conjugué anti-pneumococcique heptavalent (PCV7), on observe une hausse importante des infections invasives à pneumocoques (IIP) à Barcelone, Espagne, la plupart dues à des clones virulents de sérotypes autres que ceux du PCV7.

La Dre Carmen Muñoz-Almagro, *Hospital Universitari Sant Joan de Deu*, Barcelone, et ses collègues d'autres établissements ont réalisé une étude prospective de 10 ans portant sur tous les enfants qui étaient hospitalisés à *Sant Joan de Deu* et qui souffraient d'une IIP objectivée par une culture. Le PCV7 a été lancé en Espagne en juin 2001, et la couverture vaccinale actuelle oscillerait entre 45 % et 50 %.

On a comparé les taux d'IIP enregistrés avant (1997 à 2001) et après (2002 à 2006) la commercialisation du vaccin. Le taux d'IIP chez les enfants âgés de <2 ans est passé de 32,4 cas pour 100 000 à 51,3 cas pour 100 000, respectivement (hausse de 58 %). Chez les enfants âgés de 2 à 4 ans, le taux est passé de 11,3 cas pour 100 000 à 26,5 cas pour 100 000, respectivement (hausse de 135 %). «La présentation clinique a évolué : le taux de pneumonie et/ou d'empyème chez les enfants de <5 ans est passé de 3,6 cas pour 100 000 à 15,1 cas pour 100 000», soit une hausse de 320 % d'une période à l'autre.

NE PAS DISTRIBUER

L'augmentation du taux d'IIP observée dans tous les groupes d'âge après la commercialisation du vaccin tenait surtout à des sérotypes autres que ceux du PCV7. Avant l'arrivée du vaccin, les IIP à sérotypes autres que ceux du PCV7 comptaient pour seulement 38 % des infections, comparativement à 72 % par la suite. Cette augmentation du taux d'IIP à sérotypes autres que ceux du PCV7 s'est accompagnée d'une modification de la présentation clinique, d'une surcroissance de clones virulents préalablement établis de sérotypes autres que ceux du PCV7 et d'échanges capsulaires entre les sérotypes vaccinaux et non vaccinaux. On a également noté une «réduction notable» du taux de souches antibiorésistantes après la commercialisation du PCV7 puisque cette antibiorésistance est surtout associée aux sérotypes du PCV7.

Les auteurs préviennent que leurs résultats sont préliminaires compte tenu du faible taux de couverture vaccinale dans leur région et possiblement d'autres facteurs. Cela dit, «on note de plus en plus d'IIP dues à des clones virulents de sérotypes autres que ceux du PCV7» depuis que le PCV7 est commercialisé pour utilisation chez l'enfant.

Les vaccins modernes obtenus sur culture cellulaire sont recommandés pour toutes les personnes à risque d'exposition à la rage

Leung et al. *Rabies: Epidemiology, pathogenesis, and prophylaxis.* Adv Ther *2007;24(6):1340-7.*

Les sujets qui risquent le plus d'être exposés à la rage – vétérinaires, manipulateurs d'animaux et personnel des laboratoires de recherche sur la rage – doivent recevoir un vaccin moderne obtenu sur culture cellulaire (VMCC) à titre préventif. Il en est de même pour tous les voyageurs qui se rendent dans des pays à risque élevé de rage et dans des pays où l'accès immédiat aux soins médicaux appropriés est limité.

Le Dr Alexander Leung, *University of Calgary*, Alberta, et ses collègues de plusieurs établissements rappellent que la rage est «mortelle à 100 %» une fois apparus les symptômes. «Comme il n'existe pas de traitement, la prévention revêt une importance capitale.» Le schéma pré-exposition classique consiste en trois doses de 1 mL d'un VMCC les jours 0, 7 et 21 ou 28. «Le vaccin s'administre par voie intramusculaire (i.m.) dans le muscle deltoïde chez l'adulte et sur la face antérolatérale de la cuisse chez le nourrisson parce que l'administration dans le tissu adipeux risque de donner des titres d'anticorps moins élevés.»

Le taux de séroconversion est d'environ 98 % après la primo-vaccination, et une dose de rappel est recommandée chez les sujets à risque élevé lorsque les titres d'anticorps chutent sous les taux acceptables. De 30 % à 50 % des sujets qui sont mordus par un animal atteint et qui n'ont pas reçu de prophylaxie post-exposition contractent la rage. Cette prophylaxie repose sur le nettoyage de la plaie. «On doit immédiatement rincer la plaie à grande eau et la nettoyer avec du savon, puis appliquer de l'alcool, un ammonium quaternaire comme le cétrimide, de l'iode et de la povidone.» Dans la mesure du possible, on doit éviter de suturer.

En l'absence de prophylaxie pré-exposition au cours des deux années précédentes, on doit administrer des immunoglobulines antirabiques humaines (HRIG) dans les sept jours suivant l'exposition à raison de 20 UI/kg de poids corporel. Les HRIG procurent des anticorps antirabiques neutralisants dans l'immédiat et pendant une courte période, jusqu'à ce que le sujet produise ses propres anticorps sous l'effet du vaccin.

En l'absence de vaccination préalable, on doit aussi administrer 1 mL d'un VMCC par voie i.m. les jours 0, 3, 7, 14 et 28. On peut aussi administrer 0,1 mL par voie intradermique en huit points d'injection le jour 0, en quatre points d'injection le jour 7 et en un point d'injection les jours 28 et 91. Chez les sujets déjà vaccinés, deux doses i.m. du vaccin les jours 0 et 3 sont suffisantes. ❑

NE PAS DISTRIBUER

À VENIR

Maladies infectieuses dans la pratique clinique : le point sur les maladies infectieuses en milieu hospitalier et extra-hospitalier
17-22 février 2008 / Kauai, Hawaï

Congrès annuel de l'AMMI Canada et de la CACMID
27 février-3 mars 2008 / Vancouver, Colombie-Britannique

Le 6e Congrès international sur les nouvelles maladies infectieuses (ICEID)
16-19 mars 2008 / Atlanta, Géorgie

Le 42e Congrès national sur l'immunisation
17-20 mars 2008 / Atlanta, Géorgie

Le 3e Congrès international sur les vaccins contre la tuberculose
9-11 avril 2008 / Atlanta, Géorgie

OFFERT À TITRE DE SERVICE POUR LA MÉDECINE PAR MERCK FROSST CANADA LTÉE

Pour obtenir la version informatisée de cette publication, visitez le site www.mednet.ca.

© 2008 Réseau d'éducation médicale Canada inc. Tous droits réservés. Réseau d'éducation médicale Canada inc. est un service indépendant de nouvelles médicales faisant état des opinions professionnelles qui se dégagent de réunions scientifiques ou cliniques tenues dans le monde entier. Les vues exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire. La distribution du présent compte rendu est commanditée par Merck Frosst Canada Ltée au moyen d'une subvention inconditionnelle à l'éducation et en vertu d'un accord écrit qui garantit l'indépendance. Tout traitement mentionné dans le présent compte rendu doit être utilisé conformément au guide thérapeutique en vigueur au Canada. Aucune allégation ou recommandation n'y est faite quant aux produits, aux indications et aux doses à l'étude. Aucune partie du présent compte rendu ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit ni distribué sans le consentement écrit de l'éditeur. L'information contenue dans le présent compte rendu n'est pas destinée à justifier à elle seule les soins à prodiguer à quiconque. Notre objectif est d'aider les médecins et les autres professionnels de la santé à mieux comprendre les tendances actuelles de la médecine. Vos commentaires sont les bienvenus.

SP08-003F JM