

VACCINS

INFO-RESSOURCES

RÉSUMÉ MENSUEL DE PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES IMPARTIALES

Rapport coût-efficacité d'une campagne de vaccination antiméningococcique de rattrapage

Ortega-Sánchez et al. *Economics of an adolescent meningococcal conjugate vaccination catch-up campaign in the United States*. Clin Infect Dis 2008;46(1):1-13.

La vaccination systématique et de rattrapage des adolescents serait coûteuse, mais elle pourrait alléger considérablement le fardeau de morbidité des infections à méningocoques aux États-Unis. Le nombre de cas pourrait diminuer de moitié ou presque sur une période de 10 ans.

Le Dr Ismael Ortega-Sánchez, National Centers for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Bethesda, Maryland, et son équipe ont analysé le rapport coût-efficacité d'une campagne de vaccination de rattrapage. Ils ont supposé que la plupart des jeunes de 11 à 17 ans recevraient le vaccin antiméningococcique conjugué (MCV4) la première année, puis que les enfants de 11 ans seraient vaccinés systématiquement chaque année pendant neuf ans. Ils ont évalué à la fois les retombées directes de la vaccination (vs l'absence de vaccination) et l'effet éventuel d'une immunité de groupe sur le fardeau de morbidité d'après l'expérience de la vaccination antiméningococcique systématique au Royaume-Uni.

Sans vaccination, il se produirait chaque année, en moyenne, 1674 cas d'infection à méningocoques de séro groupe C, Y ou W135 aux États-Unis. La seule protection directe résultant de la campagne de rattrapage proposée permettrait d'éviter en moyenne 156 cas par année. «Grâce à l'immunité de groupe, le nombre annuel de cas évités passerait à 825 [baisse de 48 %]», notent les auteurs; l'immunité de groupe expliquerait donc près de 80 % de toutes les infections à méningocoques évitées. En supposant une immunité de groupe sans faille, la même campagne de rattrapage préviendrait 8251 cas sur une période de 10 ans.

La campagne proposée autoriserait des économies de 551 millions de \$ en coûts directs (excluant le coût de la campagne) et de 920 millions de \$ en coûts indirects. Le coût de la vaccination étant estimé à 83 \$ par enfant ou adolescent, chaque infection méningococcique évitée coûterait 223 000 \$; chaque décès évité, environ 2,6 millions de \$; chaque année de vie sauvée, environ 127 000 \$; et chaque année de vie sans invalidité (QALY), environ 88 000 \$.

«Une campagne de vaccination systématique et de rattrapage combinée à l'aide du MCV4 qui serait financée par l'État se traduirait par un coût net pour la société, même selon le plus optimiste des scénarios, reconnaissent les chercheurs. Par contre, un tel programme laisse présager une diminution rapide et marquée de l'impact global des infections à méningocoques aux États-Unis.»

Les chercheurs précisent que la même stratégie de vaccination de rattrapage dans un pays où les infections à méningocoques sont fortement endémiques serait trois fois plus efficace qu'aux États-Unis.

Nouvelle recommandation du CCNI pour l'administration du vaccin conjugué contre le méningocoque C chez le nourrisson

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a révisé sa recommandation pour la vaccination des enfants de moins de deux ans contre le méningocoque C en raison des craintes que soulevait le calendrier d'administration préalablement recommandé quant à la durée de la protection vaccinale. Selon la nouvelle recommandation, les nourrissons qui reçoivent le vaccin conjugué contre le méningocoque C avant l'âge de 12 mois doivent maintenant recevoir une dose de rappel entre 12 et 23 mois. L'administration de cette dose de rappel entre 12 et 18 mois serait pratique selon le CCNI. En vertu de sa recommandation préalable, une seule dose du vaccin était administrée après l'âge de cinq mois.

Selon une étude au Royaume-Uni, les verrues génitales minent la qualité de vie

Woodhall et al. *Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life*. Sex Transm Infect 13 mars 2008 (Publié en ligne).

Selon une étude menée au Royaume-Uni, les verrues génitales minent la qualité de vie. Au dire des auteurs, leur prévention doit être prise en compte dans le choix du vaccin à inclure dans les programmes de santé publique visant à prévenir l'infection par le virus du papillome humain (VPH).

La Dr^{re} Sarah Woodhall, University of York, Royaume-Uni, et ses collaborateurs de plusieurs centres ont analysé les répercussions des verrues génitales sur la qualité de vie liée à la santé chez 81 hommes et femmes traités à la clinique génito-urinaire de York. Pour ce faire, ils ont fait remplir plusieurs questionnaires liés à la santé et comparé les scores obtenus avec ceux de témoins du même âge.

«Quand on leur a demandé si les verrues génitales diminuaient leur qualité de vie, près de la moitié des sujets ont répondu "beaucoup" ou "énormément"», notent les auteurs. Le score sur l'échelle analogique visuelle EQ, par exemple, était amputé en

RÉSUMÉS TIRÉS D'ARTICLES PARUS DANS :

Clin Infect Dis : www.journals.uchicago.edu/CID

Arch Dis Child : www.adc.bmj.com

J Infect Dis : www.journals.uchicago.edu/JID

Vaccine : www.sciencedirect.com

Pediatrics : www.pediatrics.org

moyenne de 13,9 points chez les patients porteurs de verrues génitales, ce qui représente un écart significatif entre les deux groupes. «Selon la même échelle, le score était plus faible chez les jeunes femmes que chez les hommes du même âge.»

La majorité des répercussions d'un diagnostic de verrues génitales sur la qualité de vie liée à la santé étaient associées à la dimension anxiété et dépression. «Ce constat est compatible avec ce que l'on sait des verrues génitales, à savoir que la morbidité est probablement en grande partie d'ordre psychologique», expliquent les chercheurs. Cette étude était toutefois la première au Royaume-Uni à utiliser les paramètres standardisés de la qualité de vie chez des patients porteurs de verrues génitales.

Un diagnostic de verrues génitales comporte effectivement un fardeau de morbidité «substantiel». Ainsi, «l'avantage supplémentaire que représente la prévention de la majorité des verrues génitales par la vaccination contre le VPH devrait jouer dans le choix du vaccin anti-VPH au Royaume-Uni», concluent les chercheurs. En octobre dernier, les autorités sanitaires du pays ont annoncé le lancement d'une campagne de vaccination anti-VPH à l'intention des jeunes filles de 12 à 13 ans en septembre 2008. Des deux nouveaux vaccins anti-VPH sur le marché, seul le vaccin prévenant l'infection par les sous-types 6 et 11 du VPH, qui seraient à l'origine de plus de 95 % des verrues génitales, peut alléger le fardeau de morbidité associé aux verrues génitales.

Aucun lien entre le vaccin ROR et les troubles envahissants du développement

Baird et al. *Measles vaccination and antibody response in autism spectrum disorders*. Arch Dis Child 5 février 2008 [Publié en ligne].

La troisième étude virologique cas-témoins – la plus vaste à ce jour – n'a pas réussi à incriminer le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) dans la pathogenèse des troubles envahissants du développement (TED).

La Dr^{ce} Gillian Baird, *Guy's Hospital*, Londres, Royaume-Uni, et ses collaborateurs de plusieurs centres ont profité d'une nouvelle étude de prévalence des TED, l'étude SNAP (*Special Needs and Autism Project*), réalisée dans une région bien circonscrite, pour tester l'hypothèse selon laquelle le vaccin ROR serait impliqué dans la pathogenèse des TED. Pour ce faire, ils ont recherché des signes d'infection persistante par le virus de la rougeole ou l'existence d'une réponse immunitaire anormalement persistante chez des enfants vaccinés, par comparaison à des témoins. Les chercheurs ont également étudié des enfants atteints d'un TED avec antécédents de régression. La population initiale était composée de 56 946 enfants nés entre le 1^{er} juillet 1990 et le 31 décembre 1991 dans 12 districts situés au sud de la Tamise, au Royaume-Uni.

Après un travail complexe de dépistage, les investigateurs ont repéré 98 enfants âgés de 10 à 12 ans, vaccinés et atteints d'un TED. La réponse anticorps de ces enfants a été comparée à celle de deux groupes témoins : un premier groupe de 52 enfants ayant des besoins particuliers en matière d'éducation sans être atteints d'un TED et un deuxième groupe de 90 enfants de développement normal. On a recherché la présence du virus de la rougeole et testé la réponse anticorps après vaccination anti-rougeoleuse dans le sérum de tous les enfants.

Aucune différence n'a été retrouvée entre le groupe TED et les groupes témoins quant à la présence du génome circulant du virus de la rougeole ni quant aux titres d'anticorps anti-rougeole. En outre, aucune réponse immunitaire anormalement persistante n'a été décelée après une ou deux doses vaccinales chez les enfants souffrant d'un TED, avec ou sans antécédents de régression. «Un seul enfant présentait des symptômes évocateurs d'entérocécolite, et cet enfant faisait partie des témoins», précisent les chercheurs.

Dans l'ensemble de la cohorte, la probabilité qu'ils reçoivent une deuxième dose du vaccin ROR était nettement moins élevée après un diagnostic d'anomalie du développement. Cette observation s'inscrit dans une tendance plus générale, à tout le moins au Royaume-Uni, vers une diminution de la couverture vaccinale, la population craignant que le vaccin ROR soit lié à la survenue des TED. À ce jour, par contre, ni les études épidémiologiques ni les études virologiques n'ont apporté la moindre preuve d'une relation entre le vaccin ROR et les TED, concluent les chercheurs.

Selon des études récentes, la prévalence des TED se situerait entre six et 12 pour 1000, ce qui est bien plus élevé que les estimations antérieures, probablement en raison de critères diagnostiques moins stricts.

Le risque d'infection par le VPH est élevé chez les jeunes femmes monogames

Winer et al. *Risk of female human papillomavirus acquisition associated with first male sex partner*. J Infect Dis 2008;197(2):279-82.

Il ressort d'une étude monocentrique que près de 30 % des jeunes femmes ayant des relations sexuelles avec un seul partenaire masculin contractent une infection par le virus du papillome humain (VPH) en moins de un an; le pourcentage passe à près de 50 % après trois ans.

La Dr^{ce} Rachel Winer, *University of Washington*, Seattle, et ses collaborateurs ont recruté 244 étudiantes universitaires âgées de 18 à 22 ans pour cette étude longitudinale. Elles étaient admissibles si elles n'avaient jamais eu de relation sexuelle avec pénétration vaginale ou si leur première relation hétérosexuelle remontait à moins de trois mois. Les jeunes femmes subissaient un examen gynécologique avec cytologie aux quatre mois, et la recherche de l'ADN viral se faisait à l'aide de l'amplification génique par PCR. L'analyse a porté sur 130 femmes qui ont eu une première relation sexuelle au cours des trois mois suivant leur admission ou durant le suivi, et qui se sont présentées à la clinique au moins une fois après la première relation sexuelle.

L'âge moyen des 130 femmes était de 19,4 ans au moment de la première relation sexuelle et celui de leur premier partenaire masculin, de 21 ans. Le suivi s'est échelonné en moyenne sur 28,2 mois à partir de la première relation sexuelle. «Une fois déclaré le premier partenaire masculin, l'incidence cumulative sur 12 mois d'une première infection par le VPH se chiffrait à 28,5 %; [l'incidence] passait à 39,2 % [...] après 24 mois et à 49,1 % [...] après 36 mois.» Le nombre moyen de types de VPH détectés au moment du diagnostic de la première infection à VPH était de 1,5. Il est ressorti d'un modèle à variables multiples que le seul prédicteur d'une infection à VPH était le nombre cumulatif de partenaires féminins qu'avait eus le partenaire masculin.

«Le pourcentage d'étudiantes universitaires qui ont contracté une infection à VPH de leur premier partenaire sexuel masculin était élevé, et le risque augmentait parallèlement à l'expérience sexuelle du partenaire, concluent les investigateurs. C'est donc dire que la monogamie est associée à un risque élevé d'infection à VPH.»

Le vaccin combiné VHA/VHB induit une protection prolongée contre les deux infections

Díaz-Mitoma et al. *Long-term antibody persistence induced by a combined hepatitis A and B vaccine in children and adolescents*. Vaccine 2008;26(14):1759-63.

On retrouve des anticorps (AC) protecteurs pendant une période pouvant atteindre 10 ans chez les enfants et les adolescents qui ont reçu, selon le schéma recommandé, le vaccin combiné contre l'hépatite A (VHA) et l'hépatite B (VHB).

Le Dr Francisco Díaz-Mitoma, *Children's Hospital of Eastern Ontario*, Ottawa, et ses collaborateurs de plusieurs centres ont suivi deux cohortes d'enfants ayant reçu le vaccin combiné VHA/VHB pour enfants. Les enfants du premier groupe ont été vaccinés entre un et six ans et suivis pendant au plus 7,5 ans, tandis que les enfants du second groupe ont été vaccinés entre six et 15 ans et suivis pendant au plus 10 ans. Un mois après la primovaccination, tous les enfants présentaient des anticorps anti-VHA et anti-VHB.

Au terme du suivi, 100 % des enfants étaient encore séropositifs pour le VHA dans les deux groupes, tandis que 86,5 % des plus jeunes et 95,5 % des plus âgés avaient une immunité

persistante contre le VHB. «La persistance des AC anti-VHA et anti-VHB après l'administration du vaccin combiné est identique à ce que l'on observe après l'injection des vaccins monovalents correspondants, ce qui traduit une réponse immunitaire prolongée et semblable à celle de l'adulte», précisent les investigateurs.

Par ailleurs, la modélisation mathématique de la persistance du VHA laisse à penser que les AC anti-VHA sont encore détectables 20 à 25 ans après la dernière injection du vaccin monovalent. «Selon ces résultats, on peut présumer qu'une dose de rappel n'est pas nécessaire, même chez les sujets dont les AC anti-VHA ne sont plus détectables», estiment les investigateurs.

Pour ce qui est du VHB, une étude italienne récente a montré que 90 % des adolescents en bonne santé qui avaient été immunisés par le vaccin monovalent présentaient encore des AC protecteurs 11 ans plus tard. Les résultats de l'étude actuelle vont dans le même sens; ainsi, même si la taille de l'échantillon est trop petite pour qu'ils puissent en tirer des conclusions définitives, les auteurs estiment que le vaccin bivalent devrait aussi conférer une immunité prolongée contre le VHB.

«Bien qu'un vaccin monovalent immunogène et bien toléré existe contre les deux infections, la combinaison VHA/VHB offre de nombreux avantages, en particulier la commodité, l'observance du traitement et la possibilité d'économies», concluent les chercheurs.

La solution orale de saccharose donnée avant les vaccinations programmées est un antalgique efficace

Hatfield et al. *Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age.* Pediatrics 2008;121(2):e327-34.

Selon une étude multicentrique américaine, l'administration d'une solution orale de saccharose aux nourrissons deux minutes avant une vaccination programmée, diminue de façon efficace la douleur liée à l'injection par rapport à un placebo.

La D^{re} Linda Hatfield, *Pennsylvania State University of Nursing*, Philadelphie, et ses collaborateurs de plusieurs centres ont étudié les propriétés antalgiques d'une solution de saccharose administrée oralement au moment de vaccinations systématiques chez des nourrissons âgés de deux ou de quatre mois. Cent nourrissons nés à terme et en bonne santé ont été répartis dans deux groupes selon leur âge, deux ou quatre mois, puis randomisés pour recevoir, par l'intermédiaire d'une sucette, soit 0,6 mL/kg d'une solution de saccharose à 24 %, soit de l'eau stérile. Ces solutions étaient administrées deux minutes avant l'injection du vaccin combiné diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire et polio inactivé et du vaccin contre l'hépatite B. Le vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type b était injecté trois minutes après les deux premiers, et le vaccin antipneumococcique conjugué, deux minutes plus tard. La douleur a été évaluée à l'état basal puis deux, cinq, sept et neuf minutes après l'administration de l'une ou l'autre solution, à l'aide de l'échelle de douleur du *University of Wisconsin Children's Hospital*, échelle validée pour les enfants d'âge préverbal ou n'ayant pas accès au langage.

Au départ, la différence moyenne entre les scores de douleur des deux groupes était seulement de -0,02, puis elle est devenue significative pour les autres mesures : -1,83 à 2 min, -1,34 à 5 min et -1,01 à 7 min. À 9 min, la différence était encore significative à -2,16, mais «le groupe ayant reçu la solution de saccharose n'avait quasiment aucune douleur (score de 0,59) alors que le score du groupe placebo était encore de 2,91, ce qui revient à une différence de 78,5 % entre les scores moyens des deux groupes», rapportent les investigateurs.

La solution de saccharose n'ayant jamais supprimé la douleur, les chercheurs suggèrent que d'autres gestes apportant un soulagement ou un réconfort supplémentaires y soient associés, par exemple, tenir l'enfant dans les bras, le distraire ou le nourrir. Le calendrier vaccinal 2006 prévoit 24 injections dans les deux premières années de vie et parfois jusqu'à cinq injections lors d'une seule consultation. L'intensité de la douleur provoquée par les vaccinations pourrait expliquer en partie la réticence des parents à suivre le calendrier vaccinal.

Ontario : Progression soutenue de la vaccination antigrippale, mais pas de la vaccination antipneumococcique

Al-Sukhni et al. *Impact of public vaccination programs on adult vaccination rates: Two examples from Ontario, Canada.* Vaccine 2008;26(11):1432-7.

Au moment où les programmes publics commencent à porter leurs fruits, la vaccination antigrippale connaît une progression constante en Ontario. Toutefois, le taux de vaccination antipneumococcique demeure inférieur à l'objectif visé dans tous les groupes vulnérables.

La D^{re} Wigdan Al-Sukhni, *University of Toronto*, Ontario, et ses collaborateurs ont dégagé des tendances de couverture vaccinale antigrippale et antipneumococcique chez les adultes de la communauté urbaine de Toronto et de la région de Peel. Ils ont comparé les taux de 1996 (avant la mise en place des programmes publics) et de 2001. En 2001, le Canada s'est fixé des objectifs de vaccination antigrippale, soit 70 % des adultes vulnérables et 80 % des personnes de plus de 65 ans.

En 1998, on a fixé un taux cible de vaccination antipneumococcique de 80 % des adultes admissibles, à atteindre en 2003. En 2005, on a établi ce même taux cible pour les personnes de plus de 65 ans, fixant l'année butoir à 2010. Dans le but d'atteindre ces objectifs, les provinces et territoires canadiens ont proposé à leur population des programmes publics de vaccination : le vaccin antigrippal est ainsi offert dans 12 des 13 provinces et territoires et le vaccin antipneumococcique, dans les 13 provinces et territoires.

En 2000, l'Ontario a mis en place le tout premier programme universel de vaccination antigrippale gratuite dans le monde : la province visait un taux d'immunisation de 60 % des personnes de basse priorité et de 90 % des personnes de haute priorité. Afin de recueillir des données sur la vaccination, on a sondé 93 personnes en 1999, 31 en 2000 et 115 en 2002. Les chercheurs ont observé une progression du taux de vaccination dans tous les groupes, y compris les personnes de moins de 65 ans souffrant d'une maladie sous-jacente et celles de 65 ans ou plus, en bonne santé ou atteintes d'une maladie sous-jacente.

Cependant, le taux souhaité d'immunisation antigrippale n'a été atteint que chez les répondants de 65 ans ou plus; quant à la vaccination antipneumococcique, elle était inférieure au taux cible chez tous les répondants. Notons que ni le revenu ni la scolarité n'ont influé sur la probabilité de vaccination antigrippale ou antipneumococcique. «Contrairement aux campagnes canadiennes de vaccination visant les enfants, pour lesquelles on peut s'attendre à une adhésion immédiate de 80 à 90 %, les programmes s'adressant aux adultes s'imposent peut-être moins facilement et doivent faire l'objet de réévaluations périodiques et d'une promotion plus soutenue», font observer les chercheurs.

Cela dit, plus de 90 % des répondants non vaccinés avaient consulté leur médecin au cours de l'année précédente. La plupart des vaccins ayant été administrés dans le cabinet du médecin, il est clair que ce dernier peut jouer un rôle de premier plan dans la progression du taux d'immunisation, de conclure les chercheurs.

Il est justifié de poursuivre l'étude du vaccin antigrippal adapté au froid chez les nourrissons de moins de six mois

Vesikari et al. *Safety and tolerability of cold-adapted influenza vaccine, trivalent, in infants younger than 6 months of age.* Pediatrics 2008;121(3):e568-73.

Un vaccin antigrippal adapté au froid ayant fait la preuve de son innocuité et de sa tolérabilité dans un petit groupe d'enfants de moins de six mois, la réalisation d'évaluations complémentaires est justifiée.

Le D^r Timo Vesikari, École de médecine de l'Université de Tampere, Finlande, et ses collaborateurs ont évalué l'innocuité et la tolérabilité d'un vaccin antigrippal trivalent adapté au froid (CAIV-T),

administré par voie intranasale à des nourrissons de six à <24 semaines en bonne santé. Les enfants ont été répartis en deux groupes selon leur âge – de six à <16 semaines et de 16 à <24 semaines – puis ont été randomisés pour recevoir par voie intranasale, à 35 jours d'intervalle, deux doses du vaccin ou deux doses de placebo. On a surveillé tout signe de réaction vaccinale pendant les 11 jours qui ont suivi chaque dose et la survenue de tout autre effet indésirable pendant 28 à 35 jours après la seconde dose.

Parmi les 31 vaccinés les plus jeunes, la plupart ont présenté une irritabilité (66,7 %) ainsi qu'une rhinorrhée ou une congestion nasale (63,3 %) après la première dose (mais pas après la deuxième) vs 35,7 % et 33,3 % respectivement dans le groupe placebo. «De même, ajoutent les investigateurs, la rhinorrhée ou la congestion nasale et l'irritabilité ont été les réactions les plus fréquentes chez les sujets plus âgés, mais l'incidence était identique dans le groupe des vaccinés et le groupe placebo.»

Il est intéressant de noter que parmi les sujets plus âgés, la toux a été significativement plus fréquente dans le groupe placebo, mais on n'a pas observé d'augmentation significative d'autres réactions vaccinales ou effets indésirables dans le groupe des vaccinés. Les effets indésirables signalés le plus souvent dans les deux groupes d'âge et après chaque dose de vaccin ont été un malaise général, de la fièvre et une rhinite. Cependant, on n'a pas noté de différence significative dans l'incidence de ces événements entre les deux groupes de traitement, quel que soit l'âge.

Actuellement, la vaccination antigrippale n'est pas recommandée avant l'âge de six mois, et on conseille donc aux contacts familiaux d'un jeune nourrisson de se faire vacciner afin de le protéger indirectement contre les complications de la grippe. «Malgré la relative petite taille de l'échantillon, cette étude a démontré que le CAIV-T administré à des nourrissons de six à 24 semaines était bien toléré. Ces résultats incitent à poursuivre l'évaluation de ce vaccin dans cette population.»

Le nouveau vaccin intranasal CAIV-T est la préparation réfrigérée d'un vaccin antigrippal vivant atténué.

Encéphalite japonaise : persistance possible des anticorps neutralisants pendant cinq ans chez la plupart des personnes vaccinées

Sohn et al. *A 5-year follow-up of antibody response in children vaccinated with a single dose of live attenuated SA14-14-2 Japanese encephalitis vaccine: Immunogenicity and anamnestic responses.* Vaccine 2008;26(13):1638-43.

Les anticorps neutralisant le virus de l'encéphalite japonaise (EJ) semblent persister pendant une période pouvant atteindre cinq ans chez la majorité des enfants après une seule injection d'un vaccin vivant atténué.

Le Dr Young Mo Sohn, *Yonsei University College of Medicine*, Séoul, Corée du Sud, et ses collègues de divers établissements ont évalué l'immunité à long terme offerte par le vaccin vivant atténué

anti-EJ SA14-14-2 après la primovaccination, d'une part, et une dose de rappel, d'autre part. En juin 2000, on a administré une dose unique du vaccin à 98 enfants de un à 15 ans. Avant la vaccination, 69 de ces 98 enfants étaient séronégatifs pour l'EJ. En 2004 et en 2005, on a mesuré le taux des anticorps anti-EJ chez ces sujets : près de 90 % d'entre eux (n=62) présentaient un fort taux d'anticorps neutralisants quatre ans après la vaccination, tandis que 44 étaient encore séropositifs en 2005, soit cinq ans après une seule injection du vaccin anti-EJ. Entre 2004 et 2005, 24 sujets vaccinés ont perdu leurs anticorps neutralisants; ils ont reçu de nouveau le vaccin en 2006.

Sept jours après la vaccination de rappel, une séroconversion s'était opérée chez plus de 76 % des sujets. La réaction immunitaire secondaire semble donc intervenir rapidement chez les personnes revaccinées après la perte des anticorps anti-EJ.

Les chercheurs croient qu'une seule dose du vaccin anti-EJ vivant pourrait offrir une protection à long terme efficace dans les régions où la maladie est endémique et où, fort probablement, l'immunité se maintient naturellement. On devra toutefois poursuivre les recherches pour déterminer si une dose unique de ce vaccin offre une protection suffisante en l'absence d'endémie. □

À VENIR

Le 18^e Congrès européen de microbiologie clinique et d'infectiologie (ECCMID)

19-22 avril 2008 / Barcelone, Espagne

Le 11^e Congrès annuel de recherche sur les vaccins

5-7 mai 2008 / Baltimore, Maryland

Primary Care Today

8-10 mai 2008 / Toronto, Ontario

La 26^e Assemblée annuelle de la European Society for Pediatric Infectious Diseases

14-17 mai 2008 / Graz, Autriche

Le 13^e Congrès international sur les maladies infectieuses (ICID)

19-22 juin 2008 / Kuala Lumpur, Malaisie

La 85^e Assemblée annuelle de la Société canadienne de pédiatrie (SCP)

24-28 juin 2008 / Victoria, Colombie-Britannique

SERVICE OFFERT AUX PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ 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.

