



## Médecine des voyages

### Actualités 2012

Cet article aborde des évolutions en matière de vaccination des voyageurs : méningocoque, rage et rougeole.

Vous pouvez trouver le texte actualisé du Consensus du Groupe d'Etude Scientifique de la médecine des voyages sur le site de l'Institut de Médecine Tropicale : [www.itg.be](http://www.itg.be).

### ■ Méningite à méningocoques

La méningite à méningocoques du groupe A est hyperendémique dans une zone d'Afrique subsaharienne allant de la Mauritanie à l'ouest jusqu'à l'Ethiopie à l'est (voir [carte](#) de la « ceinture de la méningite » sur le site de l'IMT).

Le risque est **saisonnier**, avec un début entre fin décembre et février (saison sèche) et une fin vers le mois de juin (début de la saison des pluies).

Des épidémies surviennent aussi, depuis une vingtaine d'années, en Arabie Saoudite parmi les pèlerins se rendant à la Mecque et en conséquence aussi dans d'autres pays asiatiques. Mais cela n'a plus été constaté au cours des dernières années, entre autres grâce à la vaccination obligatoire.

En outre, des épidémies locales peuvent survenir dans divers pays; cependant, les voyageurs ordinaires ne courent pas de

Médecine des voyages p. 1 - 3 ►

Sécurité p. 3 - 4 ►

Hépatite B et diabète p. 5 - 7 ►

Sécurité p. 8 ►

### Sommaire

### Sommaire

*Actualités 2012*

*Anaphylaxie après vaccination*

*Recommandations de vaccinations aux États-Unis*

*Œdème étendu d'un membre (ELS)*

risque réel lors d'un bref séjour dans une région touchée, sauf en cas de contacts étroits avec la population locale (voir les actualités sur le site [www.itg.be](http://www.itg.be)).

Dans l'hémisphère nord, les sérogroupe B et C sont le plus souvent en cause dans les cas de méningites. C'est la raison pour laquelle le vaccin monovalent conjugué contre le méningocoque C est recommandé à tous les enfants à l'âge de 15 mois. Par contre, aucun vaccin contre les méningocoques du groupe B n'est disponible actuellement.

La vaccination contre les méningocoques A, C, W135 et Y est indiquée chez les voyageurs qui se rendent dans les pays africains de la ceinture des méningites, de fin décembre à fin juin et qui sont en contact avec la population locale (transports en commun, nuitées dans des guesthouses, visite d'amis vivant dans ces pays) ou qui y séjournent plus de 4 semaines.

Cette mesure préventive concerne aussi les immigrants retournant dans leur pays d'origine pour visiter leur famille.

La vaccination par le vaccin quadrivalent est obligatoire pour les pèlerins qui se rendent à La Mecque (Hajj et Umra), dès l'âge de 2 ans.

La vaccination doit être effectuée au moins 10 jours avant le départ. La protection reste valable 3 ans.

### Deux types de vaccins sont maintenant disponibles :

- Mencevax™ ACW135Y (coût 33 €). Ce vaccin à base de polysaccharides capsulaires s'administre en sous-cutané, en une injection unique.

La protection est effective après 10 jours. Une revaccination est nécessaire, en cas de situation à risque, tous les 3 ans. Ce vaccin n'est en général pas administré en dessous de l'âge de 2 ans.

Ce vaccin peut être utilisé par les pèlerins se rendant à la Mecque et par les voyageurs (à partir de 2 ans d'âge) qui se rendront une seule fois (ou de manière très sporadique) dans la ceinture de la méningite lors de la saison à risque épidémique. Ce vaccin ne sera probablement plus disponible sur le marché en Belgique dans le courant de l'année 2013.

- Menveo™ (coût 52,6 €).

Dans ce vaccin, les polysaccharides capsulaires sont conjugués à une protéine. Il s'administre en intramusculaire, en une injection unique. La protection est effective après 10 jours. On ne connaît pas encore la durée de protection, mais

elle est certainement plus longue que celle conférée par le vaccin à base de polysaccharides capsulaires : aux USA, on conseille une revaccination après 3 à 5 ans, mais il est probable que la protection soit de plus longue durée. Ce vaccin plus coûteux protège probablement mieux. On peut le conseiller aux voyageurs qui partent fréquemment dans les zones à risque, aux expatriés et à leurs enfants (dès l'âge de 2 ans), ainsi qu'aux personnes souffrant d'immunodépression ou n'ayant pas de rate.

Dans le courant de l'année 2012, un deuxième vaccin quadrivalent conjugué contre les méningocoques (Nimenrix™), administrable dès l'âge de 1 an, sera très probablement mis sur le marché en Belgique (EMA-News) 16/02/2012).

La **grossesse** est une contre-indication relative : en cas de risque réel, la vaccination est permise. Des réactions locales sont possibles, mais les réactions systémiques (p.e. poussée fébrile dans les 24 heures après la vaccination) sont rares. Les effets secondaires sont bénins et de courte durée.

### **Que faire pour les enfants de moins de 2 ans ?**

En principe, aucun de ces vaccins (sauf Nimenrix™) n'est administré avant l'âge de 2 ans. Pourtant, les jeunes enfants sont les victimes principales des infections invasives à méningocoques. Au Royaume-Uni, depuis 2010, le Menveo™ est administré à partir de l'âge de 2 mois, avec une deuxième injection un mois après la première, et (en cas de risque persistant) une troisième injection à l'âge de 12 mois. A partir d'un an, une seule dose suffit. Ce schéma hors AMM (non repris dans la notice officielle) peut être utilisé pour les enfants belges qui voyagent ou séjournent dans une région à risques durant la saison de la méningite, lorsque la vaccination est indiquée.

## ■ Rage

Cette maladie est répandue dans de nombreux pays en voie de développement.

Il est indispensable de mettre en garde les voyageurs, en leur conseillant d'éviter de caresser des animaux (sauvages ou domestiques mais inconnus) ou de toucher des animaux morts.

**En cas de morsure**, le voyageur doit assurer les premiers gestes adéquats et voir un médecin pour évaluer le risque de transmission de la maladie.

Rappelons qu'en matière de prévention de la rage, des **soins rapides de la plaie** sont essentiels : nettoyage abondant et prolongé (15 minutes) à l'eau et au savon, rinçage abondant, puis désinfection (produit iodé ou éthanol à 60-80°).

Un contact avec l'assistance voyage est utile. En cas de morsure suspecte (ou de doute), un retour immédiat sera parfois conseillé.

• **La vaccination préventive** offre une protection partielle. Elle n'est pas indiquée pour le voyageur classique en raison du risque faible de contamination.

Par contre, la vaccination doit être envisagée pour :

- des personnes ayant des activités à risque : vétérinaires, chasseurs, gardes forestiers, archéologues, spéléologues, etc, de même que pour les voyageurs qui pratiquent régulièrement le cyclotourisme ou le jogging ;
- des personnes qui vont voyager ou séjourner dans des zones rurales où elles ne peuvent pas disposer (aussitôt que possible, dans les 24 heures, maximum 4 jours) de vaccin (préparé sur une culture de cellules) ni d'immunoglobulines antirabiques spécifiques ;
- des expatriés qui partent vivre dans un pays tropical / subtropical.

La vaccination préventive nécessite 3 injections sur une période de 3 (à 4) semaines (jours 0, 7, 21 à 28) et un rappel unique après 1 an ou plus. Ce schéma est destiné à la prévention de la rage

avant exposition. Le vaccin contre la rage peut maintenant être obtenu sur simple prescription médicale auprès de toute pharmacie : Rabipur™ (Novartis Pharma - 46,4 € par dose) et Vaccin Rabique Mérieux HDCV™ (Sanofi Pasteur - 38,96 € par dose).

La vaccination préventive induit une mémoire immunitaire de longue durée (au moins 20-30 ans, probablement à vie) qui permettra, en cas d'exposition à la rage, d'avoir une réponse rapide en anticorps après 2 nouvelles injections des mêmes vaccins.

• Pour la **prévention de la rage après une contamination avérée ou suspectée**, la procédure conseillée reste le contact immédiat avec l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), afin de discuter l'indication et de mettre en place le protocole : administration d'immunoglobulines spécifiques et/ou vaccin. Il est recommandé de débiter ce protocole dans les 24 heures suivant la morsure à risque. Lorsque le patient consulte plus tardivement (retour de voyage par exemple), le traitement peut encore être efficace vu la longue période d'incubation.

ISP, [www.wiv-isp.be](http://www.wiv-isp.be); département maladies transmissibles et infectieuses 02/373 31 11 ou 02/642 51 11 (ancien Institut Pasteur); [rage@wiv-isp.be](mailto:rage@wiv-isp.be)

- **En cas de morsure suspecte chez une personne vaccinée**, une prophylaxie post-exposition reste malgré tout nécessaire.

Le schéma prophylactique qui induit une mémoire immunitaire de longue durée, permet, en cas d'exposition à la rage, d'obtenir une excellente réponse avec une procédure post-exposition simplifiée de 2 injections, aux jours 0 et 3; il n'est alors jamais nécessaire d'administrer des immunoglobulines spécifiques antirabiques.

- **En cas de morsure suspecte chez une personne n'ayant pas été vaccinée antérieurement**, la prise en charge comporte

- l'administration d'immunoglobulines spécifiques antirabiques, dans et autour de la plaie. (cette administration n'a d'effet que si elle est réalisée dans les 7 jours suivant la première dose vaccinale) **et** la vaccination en 5 doses selon le schéma 0, 3, 7, 14 et 28.

Lorsque les gammaglobulines sont indisponibles, on utilise un schéma à 4 doses: 1 double dose au jour 0, puis 1 dose au jour 7 et 1 dose au jour 21, avec contrôle du taux d'anticorps au jour 30.

## ■ Rougeole

L'OMS Europe vise l'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale pour 2015.

Cependant, au cours de l'année 2011, plus de 28.000 cas de rougeole ont été déclarés dans des pays européens. Ces chiffres sont très probablement inférieurs à la réalité, en raison d'une sous-déclaration des cas. La France dénombrait, à elle seule, plus de 16.000 cas de rougeole.

En Belgique, pour cette même année 2011, on a recensé 579 cas, contre 40 pour l'année 2010 et 33 pour l'année 2009. Des personnes de tout âge et de toutes les provinces belges ont été atteintes.

La plupart des personnes ayant fait la maladie n'avaient pas été vaccinées, ou n'avaient reçu qu'une seule dose de vaccin.

Nonante trois malades ont dû être hospitalisés, sur les 361 cas pour lesquels l'information a été recueillie. Il y a eu 31 complications pulmonaires (dont une suivie d'un choc septique) et un cas d'encéphalite. Heureusement, on ne déplore aucun décès.

Par ailleurs, la rougeole reste endémique en Afrique et dans de nombreux pays asiatiques.

Tout voyage représente donc une occasion de contrôler la protection contre cette infection. Une vaccination complète requiert deux doses (la seconde donnée avec un intervalle minimum de 4 semaines après la première). La première dose reste valide quel que soit l'intervalle écoulé avant l'administration d'une seconde dose.

Le calendrier vaccinal recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination des enfants à 12 mois et l'administration d'une deuxième dose vers 11-12 ans.

Une dose de vaccin supplémentaire est conseillée, en avance sur le calendrier vaccinal recommandé, **aux enfants à partir de 6 mois** qui partent dans un pays en voie de développement ou dans un pays européen où sévit une épidémie ; l'enfant doit ensuite recevoir les 2 doses recommandées (une à 12 mois - à 4 semaines d'intervalle au minimum de la dose supplémentaire - et une à 11-12 ans).

Dans les mêmes circonstances, 2 doses de vaccin RRO sont conseillées à minimum un mois d'intervalle pour les **personnes nées après le 1/1/1970, qui n'ont jamais reçu le vaccin RRO et n'ont jamais eu la rougeole.**

*Prof. A. Van Gompel. IMT Anvers  
Dr Patrick Trefois.*

Références :

- Consensus du Groupe d'étude scientifique de la médecine du voyage 2011-2012.
- Measles in Belgium. Update on 16/01/2012. Dr Martine Sabbe & Dr Didier Hue. Public Health and Surveillance. ISP.
- Institut de veille sanitaire (France). [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

## Sécurité

### Anaphylaxie après vaccination : exceptionnellement rare

**L'anaphylaxie est une réaction généralisée ou systémique qui met en péril le pronostic vital. L'anaphylaxie après vaccination est extrêmement rare**

Elle est si rare que les essais cliniques les plus larges avant commercialisation ne sont pas à même d'estimer son incidence. La déclaration des cas de réactions anaphylactiques repose sur les systèmes de surveillance après commercialisation.

L'anaphylaxie peut être provoquée par des allergènes très variés, d'origines diverses. Les vaccins qui comportent de nombreux composants en font partie : la sensibilité peut être liée à l'antigène, à un adjuvant, à un excipient (albumine de l'œuf, gélatine, néomycine, etc), voire au bouchon de latex du flacon.

On ne dispose pas de test spécifique permettant d'anticiper une telle réaction et le diagnostic est uniquement clinique.

Une étude britannique<sup>1</sup> s'est attachée à la présentation clinique des cas d'anaphylaxie postvaccinale, à travers une surveillance prospective active.

## ■ Méthodologie

Les cas suspectés d'anaphylaxie après vaccination sont déclarés au *British Paediatric Surveillance Unit* (BPSU) par les pédiatres au Royaume-Uni et en Irlande. Ces derniers complètent et renvoient mensuellement un relevé de pathologies rares.

L'étude a collecté les rapports pendant 13 mois, entre le 1<sup>er</sup> septembre 2008 et le 30 septembre 2009. Durant cette période, le taux de participation des méde-