Santé Canada Health Canada

Mise à jour : maladies évitables par la vaccination

Volume 5 Numéro 3 Octobre 1997

Actualités

Le point sur l'administration de vaccins anticoquelucheux acellulaires pour l'immunisation des nourrissons

Theresa Tam, épidémiologiste de terrain, Division de l'immunisation, LLCM (Ottawa)

Les vaccins anticoquelucheux acellulaires contenant des antigènes purifiés de *Bordetella pertussis* sont efficaces et remarquablement dénués d'effets indésirables quand ils sont utilisés pour la primo-vaccination des nourrissons[1]. Des vaccins associés renfermant des antigènes de vaccins anticoquelucheux acellulaires et destinés à l'immunisation des nourrissons ont récemment été homologués au Canada. Une déclaration sur le vaccin contre la coqueluche publiée par le Comité consultatif national de l'immunisation en juillet 1997 donne des renseignements généraux sur les produits homologués et des recommandations quant à leur utilisation[1]. Le tableau 1 présente le nom des fabricants, le nom des produits, les composantes vaccinales et les indications des vaccins anticoquelucheux acellulaires et à germes entiers qui sont déjà homologués.

D'après les résultats préliminaires d'une récente enquête du Laboratoire de lutte contre la maladie, l'Ontario, les Territoires du Nord-Ouest, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve utilisent déjà le PENTACEL[MC] pour la vaccination des nourrissons. Le Québec fera de même d'ici la fin de l'année. Le PENTACEL[MC] (DcaT-Polio-Hib) étant le seul vaccin acellulaire homologué contre la coqueluche à associer les anatoxines diphtérique et tétanique, le vaccin adsorbé et inactivé contre la poliomyélite et le vaccin conjugué contre Hib, son utilisation simplifie l'administration des vaccins.

Référence

1. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur le vaccin contre la coqueluche.* RMTC 1997;23(DCC-3):1-16.

Table des matières

1 *Le point sur l'administration de vaccins anticoquelucheux acellulaires pour l'immunisation des nourrissons*

3 *Blessures causées par des piqûres d'aiguille dans la communauté : évaluation des risques et intervention post-exposition*

5 *Le Laboratoire de l'exanthème viral du LLCM*

6 *Caractéristiques de certaines maladies éruptives à considérer pour le diagnostic différentiel de la rougeole*

7 *PLEINS FEUX sur la recherche*

8 *La rougeole : système de surveillance améliorée, Canada*

8 *Annonce*

Enfant souffrant de la coqueluche – spasmes de toux quinteuse en sont typiques. Offert par l'Organisation mondiale de la santé et le Immunization Action Coalition des États-Unis

Canada

Tableau 1
Vaccins homologués et indications

Fabricant	Produit	Composantes vaccinales	Indications
Vaccins anticoquelucheux acellulaires			
Pasteur Mérieux Connaught Canada	TRIPACEL[MC] (DCaT)	diphthérie (15 Lf) tétanos (5 Lf) AC (20 µg) FHA (20 µg) 69 kDa (3 µg) agglutinogène de fimbriae de type 2 et 3 (5 µg)	primaire et rappel < 7 ans
	QUADRACEL[MC] (DCaT-Polio)	identique à TRIPACEL[MC] plus polio type 1 (Mahoney) polio type 2 (M.E.F.1) polio type 3 (Saukett)	primaire et rappel < 7 ans
	PENTACEL[MC] (DCaT-Polio-Hib)	identique à QUADRACEL[MC] plus Act-HIB® (PRP-T 10 µg)	primaire et rappel < 7 ans
Wyeth-Ayerst Canada Inc.	Acel-P[MC] (Ca)	antigènes de la coqueluche (40-60 µg) AC (8 %) FHA (86 %) 69 kDa (4 %) agglutinogène de fimbriae de type 2 (2 %)	primaire et rappel ≥ 15 mois < 7 ans
	ACEL-IMUNE[MC] (DCaT)	identique à Acel-P[MC] plus diphthérie (7,5 Lf) tétanos (5 Lf)	primaire et rappel ≥ 15 mois < 7 ans
SmithKline Beecham Pharma Inc.	Infanrix[MC] (DCaT)	diphthérie (30 UI) (25 Lf) tétanos (40 UI)(10 Lf) AC (25 µg) FHA (25 µg) 69 kDa (8 µg)	primaire et rappel < 7 ans
Vaccins anticoquelucheux à germe entier			
Pasteur Mérieux Connaught Canada	Vaccin anticoquelucheux (C)	coqueluche (4 unités de protection chez la souris [MPU])	primaire et rappel < 7 ans
	DCT adsorbé (DCT)	diphthérie (25 Lf) tétanos (5 Lf) coqueluche (4-12 MPU)	primaire et rappel < 7 ans
	DCT-Polio adsorbé (DCT-Polio)	identique à DCT plus polio type 1 (Mahoney) polio type 2 (M.E.F.1) polio type 3 (Saukett)	primaire et rappel < 7 ans
	DCT-Hib	identique à DCT plus Act-HIB® (PRP-T 10 µg)	primaire et rappel < 7 ans
	PENTA[MC] (DCT-Polio-Hib)	identique à DCT-Polio plus Act-HIB® (PRP-T 10 µg)	primaire et rappel < 7 ans
Wyeth-Ayerst Canada Inc.	TRI-IMMUNOL® (DCT)	diphthérie (12,5 Lf) tétanos (5 Lf) coqueluche (4-12 MPU)	primaire et rappel < 7 ans
	TETRAMUNE[MC] (DCT-Hib)	identique à TRI-IMMUNOL® plus PRP-HbOC (10 µg)	primaire et rappel < 7 ans

Source : Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur le vaccin contre la coqueluche.* RMTC 1997;23(DCC-3):11.

Pieds nus dans le parc?
Blessures causées par des piqûres d'aiguille dans la communauté : évaluation des risques et intervention post-exposition*

Robert Slinger, épidémiologiste de terrain, Division des agents pathogènes à diffusion hématogène, LLCM (Ottawa)

Le Canada[1] et les États-Unis[2] ont émis récemment des lignes directrices sur l'exposition des travailleurs de la santé aux pathogènes transmissibles par le sang par suite de blessures causées par des piqûres d'aiguille au travail. Cependant, ces protocoles ne traitent généralement pas de façon explicite des problèmes découlant de ce genre de blessures survenant dans la communauté. Bien qu'il n'existe que très peu de données scientifiques susceptibles de guider les professionnels de la santé confrontés à ce genre de blessures, nous faisons état ci-dessous de l'état actuel des connaissances en la matière et des opinions des divers groupes de spécialistes sur la question. Malgré le petit nombre de cas traités dans la plupart des hôpitaux, ces blessures n'en suscitent pas moins beaucoup d'angoisse chez les patients et parmi le personnel hospitalier. L'adoption de protocoles pour le traitement des blessures attribuables à des piqûres d'aiguille dans la communauté devrait fournir une préparation préliminaire permettant de prendre ces cas en charge efficacement et rapidement.

Épidémiologie

Les données canadiennes sur les blessures attribuables à des piqûres d'aiguille chez les enfants figurant dans la base de données du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), recueillies entre 1991 et 1996 dans 10 hôpitaux pour enfants, font état de 124 blessures sur cette période de 6 ans. Cinquante-quatre pour cent de ces blessures sont survenues dans le groupe des 5 à 9 ans (D[re] Susan Mackenzie, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, LLCM [Ottawa] : communication personnelle, 1997). On ne possède par contre aucune donnée sur les éventuelles infections subséquentes par des virus transmissibles par le sang. Au Royaume-Uni, le *Public Health Laboratory Service Communicable Disease Surveillance Centre*, à partir des données sur les patients à qui l'on avait administré des immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG) en Angleterre et au Pays de Galles, a relevé 958 blessures dues à des piqûres d'aiguille survenues à l'extérieur des établissements hospitaliers sur une période de 3 ans[3]. Parmi les incidents pour lesquels on a noté le lieu, la mention la plus fréquente est « dans la rue », suivie, dans l'ordre, des mentions « après un contact avec des ordures », « dans le parc » et « sur la plage ». Une analyse effectuée à Édimbourg en Écosse a révélé que, sur une période de 5 ans, 67 enfants se sont présentés pour une blessure causée par une piqûre d'aiguille dans un hôpital pédiatrique situé en région urbaine[4]. À noter que 10 de ces enfants s'étaient blessés en voulant imiter les utilisateurs de drogues injectables. Un autre rapport provenant de Dublin en Irlande fait état de 52 cas venus consulter dans un hôpital pour enfants de la ville sur une période de 16 mois; l'âge médian de ces enfants était de 7,4 ans[5]. Bien que l'on ait administré à tous ces cas un vaccin contre le virus de l'hépatite B (VHB), ceux-ci n'ont pas toujours reçu tous les vaccins de la série, ce qui souligne la nécessité d'implanter des protocoles de prise en charge normalisés. L'auteur ne connaît aucun cas documenté d'hépatite B ou C, ou d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) attribuable à une blessure causée par une aiguille mise au rebut.

Évaluation des risques et prise en charge des cas

Caractéristiques de la communauté

Chaque autorité et établissement qui traite de ce genre d'exposition doit évaluer l'ampleur du problème posé par les blessures associées aux aiguilles jetées au rebut dans les communautés. La prévalence des infections virales transmises par le sang parmi les utilisateurs de drogues injectables constitue également une information pertinente à ce chapitre; même si la prévalence est faible au sein d'une communauté, la perception d'un risque de transmission quelconque peut amener à mettre en place des interventions prophylactiques.

Caractéristiques des blessures et des aiguilles

L'état de l'aiguille et de la seringue, lorsqu'il est connu, peut influer sur l'évaluation du risque. Par exemple, une aiguille portant des traces visibles de liquide ou de sang devrait soulever plus d'inquiétudes qu'une aiguille rouillée, qui peut être considérée comme à très faible risque pour la transmission de virus. Le temps écoulé depuis l'exposition peut aussi influer sur les décisions qui sont prises en matière de prophylaxie contre le VIH; en principe, la prophylaxie post-exposition (PPE) doit être amorcée 1 à 2 heures après l'exposition[2]; passé ce délai, ses avantages restent douteux. Il est en outre préférable d'administrer des HBIG dans les 48 heures suivant l'exposition; au-delà d'un délai de 7 jours, leur efficacité est inconnue[1]. Les caractéristiques de la blessure sont aussi importantes. Une blessure intramusculaire profonde pose plus de risques[6]; le patient qui ne présente qu'une égratignure superficielle peut par contre être rassuré. Les patients demandent souvent s'il est possible d'examiner l'aiguille pour déterminer s'il peut y avoir eu contamination par un virus, mais cette pratique n'est pas recommandée[7].

Risques d'infection

C'est le **VHB** qui pose le plus de risque. Le risque d'exposition à une source infectée est de 10 % à 30 %[8]. Résistant, le VHB survit en outre longtemps sur les surfaces[9]. Presque toutes les provinces ont un programme d'immunisation universelle contre le VHB, mais la vaccination ne commence habituellement qu'en 4e année ou plus tard[10], ce qui pourrait ne pas couvrir la période où les enfants sont le plus exposés du fait de leur comportement. En se fondant sur les lignes directrices de

* **Note :** Cet article n'est pas un énoncé de politique officiel de Santé Canada.

Santé Canada sur la prise en charge post-exposition des travailleurs de la santé[1], on recommande d'administrer une dose de HBIG et d'amorcer la vaccination contre le VHB pour les cas n'ayant jamais été vaccinés contre le VHB. Si la personne blessée a été vaccinée et est effectivement immunisée contre le VHB (taux d'anticorps > 10 UI/L), aucune intervention n'est nécessaire. Les enfants vaccinés n'ont en général subi aucun test visant à déterminer le taux d'anticorps protecteurs après avoir reçu la série vaccinale complète recommandée. Dans ce cas, on suggère d'administrer des HBIG et une dose unique de vaccin anti-VHB[1]. Comme seconde solution, on peut mesurer leurs taux d'anticorps anti-VHB, pourvu qu'il soit possible d'obtenir les résultats des tests et d'amorcer les mesures prophylactiques dans les 48 heures suivant l'exposition.

Comme il est impossible de prévenir l'infection par le virus de l'**hépatite C** (VHC) par une immunisation active ou passive, le counselling et le suivi sont primordiaux. Le risque de contracter une infection à VHC par piqûre d'aiguille par suite d'une exposition à des porteurs connus dans un établissement hospitalier est de 3 % à 10 %[8]. Le taux d'infection à VHC est élevé dans de nombreux groupes d'utilisateurs de drogues injectables, mais le risque que présentent les aiguilles jetées au rebut est probablement faible[7,9]. Contrairement au VHB, le VHC ne semble guère viable sur les vecteurs passifs.

C'est le **VIH** qui soulève le plus d'inquiétudes chez les personnes qui se sont blessées avec une aiguille. D'après les données sur les expositions professionnelles au VIH, le risque d'infection par piqûre d'aiguille serait de l'ordre de 0,25 % à 0,4 % dans les cas d'exposition à du sang d'une personne séropositive[8]. Le VIH ne survivrait que quelques heures dans le sang infecté qui a séché sur une surface dure[11]; le risque d'infection attribuable à une piqûre d'aiguille dans la communauté devrait donc être très faible. Dans une étude cas-témoins effectuée par les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis, le risque d'infection par le VIH augmentait si la blessure était profonde, si du sang était visible sur l'aiguille et si l'aiguille avait déjà été utilisée pour une injection intraveineuse; il était par contre moins élevé chez les sujets suivant une prophylaxie à la zidovudine (ZDV)[6]. L'utilisation de la ZDV dans cette étude a conduit à formuler les recommandations actuelles concernant les travailleurs de la santé exposés, qui classifient le risque et le type d'exposition, et fondent le recours aux antirétroviraux sur cette évaluation du risque[1,2]. Dans les cas de blessures par piqûre d'aiguille dans la communauté, il est rare qu'on sache si le sujet est séropositif ou non à l'égard du VIH ou qu'on connaisse le degré de virémie. Pour l'heure, chaque blessure doit être évaluée cas par cas, et la décision d'amorcer une thérapie antirétrovirale doit être prise après un counselling approprié.

Le statut immunologique du sujet quant au **tétanos** doit être précisé et une prophylaxie au moyen d'anatoxines tétaniques et d'immunoglobulines antitétaniques amorcée conformément aux lignes directrices recommandées[12].

L'**hépatite A** peut se transmettre par le sang et s'est propagée chez les utilisateurs de drogues injectables[9]. Cependant, l'administration d'immunoglobulines n'est pas recommandée vu le risque très faible de transmission dans ce contexte.

Counselling et suivi

Les personnes qui traitent des enfants blessés par des aiguilles devraient toujours avoir à l'esprit que les soignants de ces enfants se sentent parfois très coupables du fait que l'enfant se soit blessé. La meilleure approche pour toutes les parties concernées consiste à se montrer compréhensif. On devrait remettre au patient et à sa famille des fiches d'information rédigées dans leur langue, vu que l'information verbale n'est guère retenue en général dans ce genre de circonstances (N. Dayneka, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario [Ottawa] : communication personnelle, 1997). Il faudrait aussi donner des conseils pratiques au sujet des agents infectieux mentionnés ci-dessus, tout en soulignant le faible risque de transmission de tous ces pathogènes. Bien que le risque d'infection par le VHB et le VHC soit de loin supérieur, il est parfois nécessaire de donner d'abord des informations sur l'infection à VIH vu que celle-ci est bien connue et suscite beaucoup de craintes[8].

Les calendriers des tests sérologiques devraient être établis d'avance. Les opinions varient quant à la nécessité d'administrer des tests de référence pour les virus. Certains s'opposent aux tests initiaux ou proposent de conserver du sérum en vue d'une épreuve ultérieure si jamais il y avait séroconversion. Les dispositions du protocole canadien pour la prise en charge des travailleurs de la santé[1] concernant le VHB recommandent la reprise des tests pour l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg), pour l'anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B (anti-HBs) et pour l'anticorps dirigé contre l'antigène nucléocapsidique de l'hépatite B (anti-HBc) 6 mois après l'exposition lorsque l'administration de HBIG ou une vaccination anti-VHB se sont révélés nécessaires. Pour le VHC, on peut mesurer les anticorps anti-VHC 3 et 6 mois après l'exposition[1]. On recommande donc aux travailleurs de la santé de subir un test de contrôle après 6 semaines, 3 mois et 6 mois[1].

Prévention

Les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles ont permis de diminuer le nombre de seringues jetées au rebut dans la communauté[9]. Les travailleurs de la santé publique et les autres travailleurs s'intéressant à la santé des enfants peuvent favoriser la prévention en élaborant du matériel éducatif mettant les enfants en garde contre les dangers des aiguilles jetées au rebut et décrivant les mesures à prendre lorsqu'on trouve une aiguille (p. ex., ne pas y toucher et aviser un adulte).

Orientations futures

Vu le peu d'information dont on dispose sur les risques de maladies infectieuses attribuables aux piqûres d'aiguilles dans la communauté, on a formulé des lignes directrices en extrapolant les données recueillies sur les travailleurs de la santé. Les personnes concernées par ces lignes directrices doivent se tenir au courant des derniers progrès en matière de PPE pour les virus transmissibles par le sang, et modifier périodiquement les protocoles de façon à mettre à profit les meilleures connaissances disponibles.

Remerciements

Nous désirons remercier sincèrement madame Natalie Dayneka, de l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, et D[re] Susan Mackenzie, épidémiologiste principale du SCHIRPT, pour leur aide et leur coopération.

Références

1. LLCM. *Un protocole intégré pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à des pathogènes transmissibles par le sang.* RMTC 1997;23S2:1-16.
2. CDC. *Update: provisional public health service recommendations for chemoprophylaxis after exposure to HIV*. MMWR 1996;45:468-72.
3. Philipp R. *Community needle stick accident data and trends in environmental quality*. Public Health 1993;107(5):363-69.
4. Wyatt JP, Robertson CE, Scobie W. *Out of hospital needle stick injuries*. Arch Dis Child 1994;70(3):245-46.
5. Nourse CB, Charles CA, McKay M et coll. *Childhood needlestick injuries in the Dublin metropolitan area*. Ir Med J 1997;90(2):66-9.
6. CDC. *Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after exposures to HIV-infected blood – France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994*. MMWR 1995;44:929-33.
7. Bell T, Hagan H. *Management of children with hypodermic needle injuries*. Pediatr Infect Dis J 1995;14(3):254-55.
8. Pipage, S. *Occupational blood exposure*. Dans : Olmsted R, éd. *Infection control and applied epidemiology principles and practice*. St. Louis, Missouri : Mosby Year Book Inc. 1996:1-6.
9. *Injuries from discarded needles in the community*. Dans : Peter G, éd. *Red Book: report of the committee on infectious diseases*. 24e éd. American Academy of Pediatrics, 1997;120-122.
10. LLCM. *Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996*. RMTC 1997;23S4:29.
11. *HIVs: biological and medical aspects*. Dans : Fields B, Knipe D, éds. *Fields virology*. 2e éd. New York : Raven Press, 1990;1547.
12. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation*. 4e éd. Ottawa (Ont.) : Santé Canada, 1993. (Approvisionnements et Services Canada, n° de cat. H49-8/1993F).

Le Laboratoire de l'exanthème viral du LLCM

Graham Tipples, Laboratoire de l'exanthème viral, Bureau de microbiologie, LLCM (Ottawa)

Le présent article a pour but d'exposer les activités courantes du Laboratoire de l'exanthème viral du LLCM. Bon nombre de changements ont été apportés au Laboratoire au cours de la dernière année en prévision de son déménagement d'Ottawa à Winnipeg en 1998. En plus de ses fonctions de sérologie de référence habituelles, le Laboratoire participe maintenant à des études moléculaires.

Les buts du Laboratoire de l'exanthème viral sont de fournir des services de référence fiables et efficients en ce qui concerne l'exanthème viral. À l'heure actuelle, cependant, l'attention est surtout concentrée sur le virus de la rougeole. Faisant partie du Réseau régional de laboratoires de la santé, dont le but est d'éradiquer la rougeole dans les Amériques, le Laboratoire de l'exanthème viral du LLCM se consacre sans réserve à la surveillance vigilante de la rougeole au Canada.

Le Groupe de travail pour l'élimination de la rougeole au Canada, composé de représentants des provinces et du LLCM, élabore actuellement des lignes directrices pour la surveillance en laboratoire de la rougeole, qui auront pour titre *Measles Surveillance: Guidelines for Laboratory Support*. Dans ce document sont exposées les recommandations du groupe de travail visant à assurer la surveillance vigilante de la rougeole au Canada. Il importe de souligner que le succès des études sérologiques et moléculaires de surveillance épidémiologique de la rougeole dépend de l'inclusion de données cliniques complètes avec tous les échantillons envoyés au Laboratoire de l'exanthème viral.

Les fonctions centrales du Laboratoire sont les suivantes :

1) **Sérologie IgM de la rougeole** – Des épreuves de confirmation de la présence d'anticorps IgM de la rougeole sont pratiquées à l'aide d'une technique immunoenzymatique (EIA) qui permet la capture de ces IgM. Cette technique, mise au point aux *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), à Atlanta, est connue sous le nom de technique EIA des CDC pour la capture de l'IgM de la rougeole. Le dépistage primaire de l'IgM de la rougeole est effectué par les laboratoires provinciaux de la santé au moyen de réactifs commerciaux. Les lignes directrices pour la surveillance de la rougeole encouragent les laboratoires provinciaux à envoyer les sérums de patients au LLCM, où ils seront soumis à des épreuves de confirmation de la présence de l'IgM de la rougeole. Les épreuves de confirmation sont nécessaires parce que les épreuves immunoenzymatiques actuelles auraient tendance à produire des faux positifs ou des faux négatifs, ou les deux. Pour examiner cet aspect plus à fond, plusieurs laboratoires provinciaux de la santé et le Laboratoire de l'exanthème viral procèdent en ce moment à des études comparatives du dosage immunoenzymatique de l'IgM à l'aide de réactifs commerciaux ainsi que de la méthode d'immunocapture des CDC. Les résultats de ces études seront présentés dans un prochain numéro de la *Mise à jour : maladies évitables par la vaccination.*

2) **Génotypage du virus de la rougeole** – Des isolats de virus en provenance de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de Terre-Neuve sont en voie d'être analysés. Les résultats du génotypage seront présentés dans un prochain numéro. Les laboratoires provinciaux de la santé ont obtenu les isolats et les ont envoyés au LLCM pour qu'il en détermine le génotype. Toutefois, le Laboratoire de l'exanthème viral est également apte et disposé à réaliser l'isolement initial du virus sur demande. Pour que cette opération soit un succès, il est impératif que les spécimens soient manipulés correctement, c'est-à-dire de la manière indiquée dans les lignes directrices pour la surveillance de la rougeole qui seront publiées sous peu. Aux fins de la surveillance épidémiologique moléculaire, l'isolement du virus de la rougeole est encouragé pour tous les cas sporadiques, ainsi que pour un nombre représentatif de cas lorsqu'il y a épidémie.

3) **Vérification de la compétence** – Des échantillons de sérum sont préparés et distribués aux laboratoires provinciaux et

régionaux de la santé chaque année afin de vérifier la capacité de ces derniers de réaliser le dépistage sérologique de la rougeole et de la rubéole. La participation à ces vérifications est encouragée afin d'assurer la constance et la fiabilité du dépistage sérologique de la rougeole et de la rubéole dans tout le Canada.

4) **Sérologie de l'herpèsvirus humain de type 6 (HHV-6)** – La sérologie du HHV-6 est présentement effectuée au Laboratoire de l'exanthème viral.

Les membres du Laboratoire sont Frances McInnes (sérologie, isolement des virus et vérification de la compétence), Adelaida Bawagan (sérologie rougeoleuse et génotypage), et Mike Monette (sérologie HHV-6).

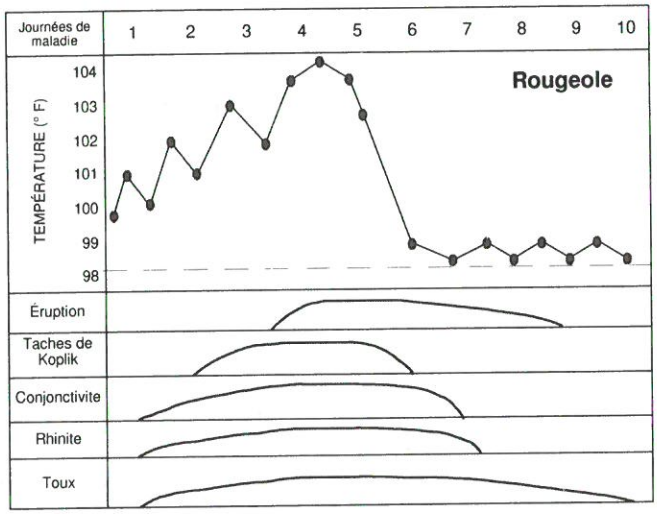
Pour que la surveillance de la rougeole au Canada soit efficace, il faut une communication constante et une coopération entre le Laboratoire de l'exanthème viral, les laboratoires provinciaux de la santé, les services de santé publique, les épidémiologistes provinciaux et territoriaux, et le LLCM. Nous continuerons à encourager la communication et la collaboration avec les autres intervenants qui participent à la surveillance de la rougeole au Canada.

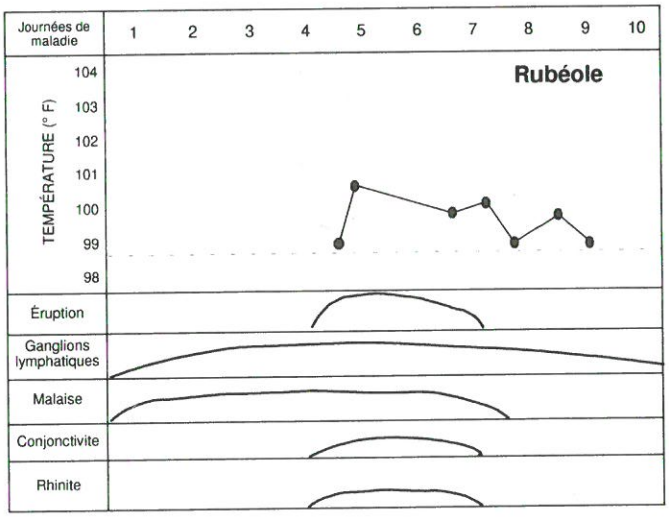
Nos programmes continueront d'évoluer afin de répondre aux préoccupations courantes concernant l'exanthème viral. Les personnes qui souhaiteraient discuter de tout aspect de ces programmes sont invitées à s'adresser au Laboratoire de l'exanthème viral, au numéro (613) 946-1488.

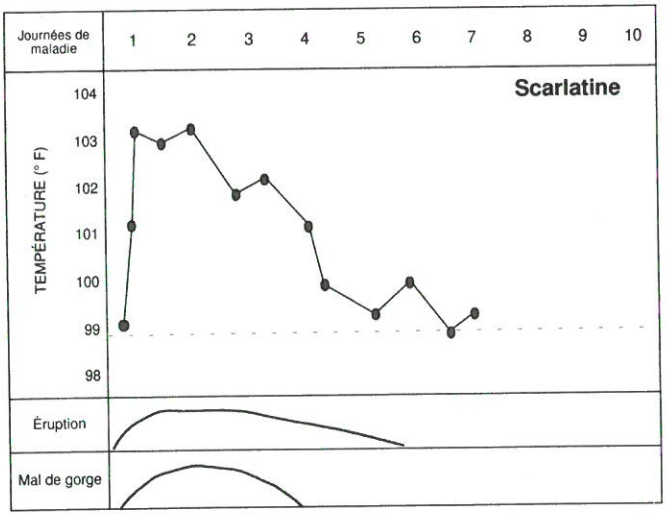
Remerciements

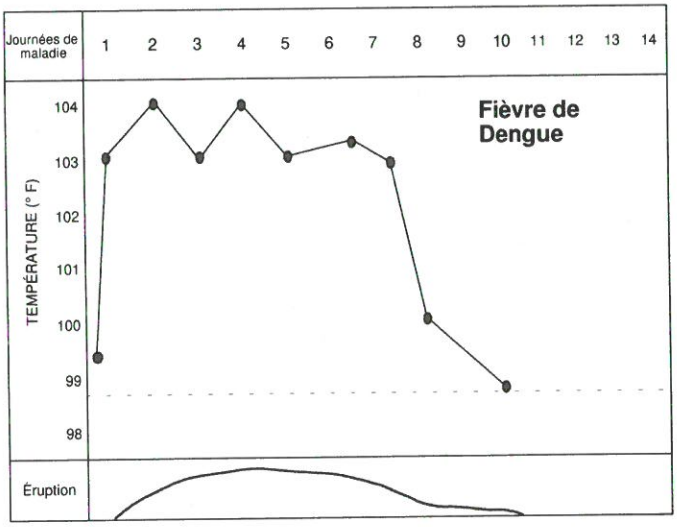
L'encouragement et l'appui de la Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, sont grandement appréciés. Merci également au Dr Sam Ratnam, au Dr Kevin Fonseca, à Davy Gaffney, au D[re] Margaret Fearon, à Tina Orchard, à Fred Sidaway, au Dr Greg Horsman, à Darrel Cook, à Anthony Chow, au Dr Jutta Preiksaitis et aux autres membres des laboratoires provinciaux de la santé pour leur coopération et l'aide qu'ils ont apportée au Laboratoire de l'exanthème viral pour les études sérologiques et l'isolement du virus de la rougeole.

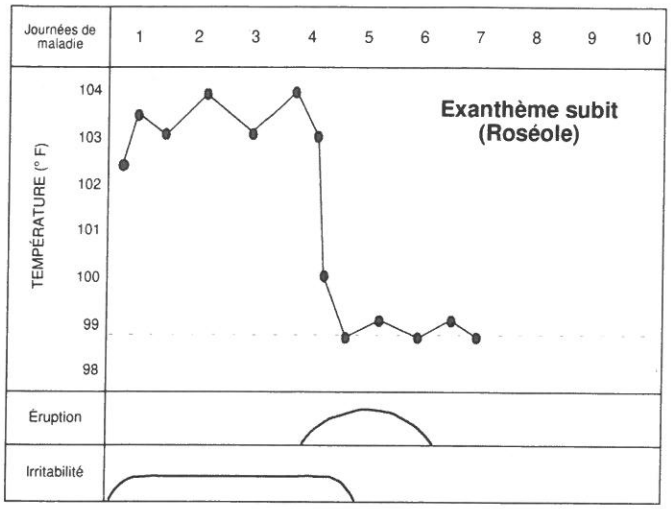
Caractéristiques de certaines maladies éruptives à considérer pour le diagnostic différentiel de la rougeole

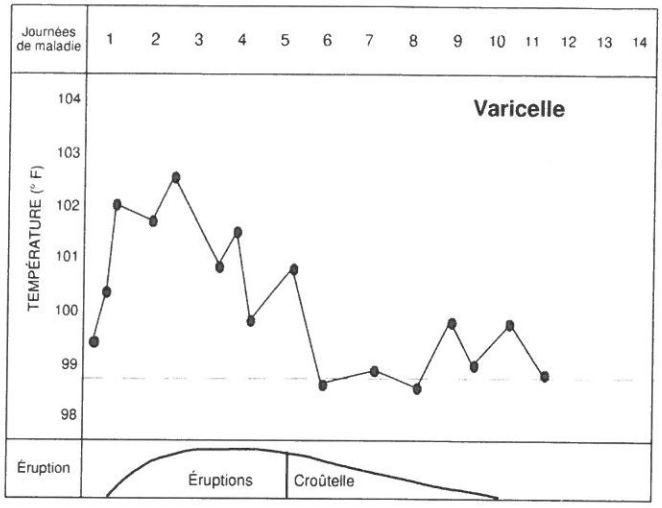












Tiré de Krugman S, Katz SL, Gershon AA, Wilfert CM. *Infectious diseases of children*. 9e éd. St. Louis, Missouri : Mosby Year Book Inc. 1992. (Reproduit avec l'autorisation de Mosby Year Book Inc., St. Louis, Missouri.)

PLEINS FEUX sur la recherche

Ratnam S, West R, Gadag V, Williams B, Oates E. *Rubella Antibody Levels in School-Aged Children in Newfoundland: Implications for a Two-Dose Rubella Vaccination Strategy*. Canadian Journal of Infectious Diseases 1997;8(2):85-88. (Reproduit avec l'autorisation du *Canadian Journal of Infectious Diseases*.)

Une étude transversale a été réalisée pour déterminer les niveaux d'immunité contre la rubéole chez des enfants d'âge scolaire qui avaient reçu une dose unique du vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillons) à l'âge de 1 an.

Un total de 1 053 enfants de 5 à 17 ans (âge moyen, 10,5 ans), représentatifs de la population scolaire de Terre-Neuve, ont été recrutés. Tous avaient reçu, preuves à l'appui, une dose unique du vaccin RRO II à l'âge de 1 an. L'IgG antirubéoleuse a été recherchée par dosage immunoenzymatique dans des échantillons de sérum, et un titre > 10 UI a été choisi comme critère indiquant la présence d'une immunité protectrice.

Un total de 145 enfants (13,8 %) les garçons (13,6 %) autant que les filles (13,8 %) ont été considérés comme réceptifs au virus de la rubéole. Le taux de réceptivité variait entre 3,2 % et 25,9 % selon le groupe d'âge, et la tendance augmentait de manière significative chez les plus vieux. Chez les 8 à 17 ans, 15,5 % présentaient un terrain propice à l'infection, en comparaison de 3,9 % chez les 5 à 8 ans (X^2=24,08 : df=1, P < 0,001). Le taux de régression des titres d'anticorps antirubéoleux était de 8,1 % par année.

L'étude et d'autres études citées indiquent qu'une importante proportion des personnes qui ont reçu une seule dose du vaccin RRO II peuvent avoir perdu leur immunité protectrice contre la rubéole lorsqu'elles parviennent à l'âge où elles sont les plus aptes à procréer. Les auteurs concluent à la nécessité certaine d'envisager une stratégie prévoyant l'administration de deux doses du vaccin contre la rubéole au Canada. Dans le cadre de la campagne visant à systématiser la vaccination à deux doses contre la rougeole au Canada, le vaccin RRO II* est utilisé pour la seconde dose et est administré soit à l'âge de 18 mois, soit au moment de l'entrée à l'école. Il est impossible de prédire pour l'instant l'effet d'une deuxième dose administrée à l'un ou l'autre de ces moments sur l'immunité à long terme contre la rubéole. Les données font également ressortir le besoin de poursuivre le dépistage prénatal de la rubéole.

* La Saskatchewan utilise le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux.

La rougeole : système de surveillance améliorée, Canada

Sommaire des cas signalés (jusqu'au 13 septembre 1997)

Lucie Bédard, Paul Varughese, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM (Ottawa)

Province/Territoire	1996	1997 (1er janvier au 13 septembre)			
		Confirmés	Cliniques	Suspects/Inconnus	Total
Terre-Neuve	0	9	0	0	9
Île-du-Prince-Édouard	0	0	0	0	0
Nouvelle-Écosse	4	1	0	0	1
Nouveau-Brunswick	0	2	1	0	3
Québec	83	2	0	0	2
Ontario	185	15	7	0	22
Manitoba	0	0	0	0	0
Saskatchewan	5	20	2	0	22
Alberta	8	185	60	0	245
Colombie-Britannique	40	146	127	29	302
Yukon	2	0	0	0	0
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0	0	0
Canada	**327**	**380**	**197**	**29**	**606**

Nota : Les données sont provisoires et sont fondées sur les informations dont disposait le LLCM lors de la préparation du tableau.

Remerciements

L'aide et la coopération de tous les épidémiologistes provinciaux et territoriaux et de leur personnel, du personnel de laboratoire, des médecins hygiénistes et d'autres professionnels de la santé, ainsi que du personnel du LLCM, sont grandement appréciées.

Annonce

Nous avons le plaisir d'annoncer la publication du premier rapport annuel sur les réalisations en matière d'immunisation au Canada, le *Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996*, produit par la Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie.

Des exemplaires du rapport peuvent être obtenus de l'Association médicale canadienne.

Pour de plus amples renseignements, s'adresser à Dina Henderson, au numéro de téléphone (613) 731-8610, poste 2028; ou par télécopieur : (613) 731-9102. Le coût unitaire est de 15 $ (plus les frais de poste, de manutention et la TPS).

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Nous invitons les personnes intéressées à présenter des notes épidémiologiques et des rapports pertinents, étant donné que le succès de cette initiative dépend de l'intérêt et de la collaboration des lecteurs. En ce qui concerne la publication dans le bulletin, l'ordre de priorité sera déterminé en fonction de la pertinence de l'article. Il ne s'agit pas d'une publication officielle, et les opinions de même que les interprétations ne refléteront pas nécessairement la position de Santé Canada. Le bulletin sera distribué gratuitement, et toute personne qui souhaite en recevoir un exemplaire régulièrement doit communiquer avec la Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa (Ontario) K1A 0L2; téléphone (613) 957-1340; FAX: (613) 998-6413. On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hwc.ca/hpb/lcdc

Éditeurs :
Adwoa Bentsi-Enchill (613) 954-4365
Paul Varughese
Philippe Duclos
Division de l'immunisation
Bureau des maladies infectieuses
FAX: (613) 998-6413

Préparation :
Services de rédaction et de production
Division de la diffusion
Bureau de la planification stratégique et gestion des risques

Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada
Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2