

► Avec les nouveaux traitements et l'amélioration de la qualité de vie, les personnes infectées sont plus mobiles et se pose donc le problème de la vaccination avant le voyage.

Voyages, vaccins, et VIH...

par Eugène Rayess
Redaction@actions-traitements.org

C'est l'été ! Des maladies infectieuses peu courantes en France sont parfois présentes dans d'autres pays, voire même à des niveaux épidémiques. Les normes sanitaires et la qualité des soins médicaux dans ces pays ne sont parfois pas les mêmes que chez nous. Avant de partir en voyage, vous devriez vous informer des conditions sanitaires qui prévalent dans les pays que vous comptez visiter, sur vos risques de contracter une maladie et sur le choix des mesures de prévention à prendre.

La gravité de l'immuno-dépression est l'un des facteurs qui permet de déterminer à quels traitements antérieurs et préventifs recourir avant le départ. L'évaluation du risque des personnes infectées n'est a priori guère différent du voyageur immunocompétent, sauf s'il existe une immunodépression profonde (T4 < 200/mm³) Et le risque de faire une infection banale, aisément évitable par la vaccination, peut devenir grave dans un contexte sanitaire précaire chez des patients fragiles. L'utilisation de vaccins vivants, méthode commune de prévention de certaines maladies, n'est pas souhaitée en théorie dans le cas d'une personne au système immunitaire considérablement déprimé. Les vaccins de substances mortes, qui vous seraient plus sûrs, peuvent ne pas

fonctionner aussi bien que si votre système immunitaire était intact. Les vaccins ne seraient pas en eux-même dangereux, mais vous protégeraient moins bien.

Les vaccins contre-indiqués sont donc les vaccins vivants atténués, car il existe un risque de multiplication de la souche vaccinale, prouvé pour certains, théoriques pour d'autres (voir tableau)

Les vaccins recommandés avant un départ en voyage seront donc les mêmes que pour un voyageur immunocompétent, avec les réserves précédentes pour les vaccins vivants.

Le plus gros risque est en fait de ne pas fabriquer d'anticorps protecteurs ou que ceux-ci disparaissent plus vite, mais il n'y a généralement pas de retentissement clinique décrit, même en cas de pic transitoire de charge virale VIH après vaccination. La baisse transitoire des T4 est surtout décrite avec les vaccins vivants.



TABLEAU 1 : VACCINS VIVANTS ATTÉNUÉS

VACCIN	EFFETS OBSERVÉS	CONTRE-INDICATIONS	AUTRES OBSERVATIONS
BCG	- nombreux cas rapportés de BCGite chez des enfants vaccinés - cas d'adénite et d'arthrite chez des adultes revaccinés	forte immunodépression	forte immunodépression
ROR	Réponse Ac protecteurs / enfants (Hilgartner MW, Am J Hematol 2001) - bonne pour rubéole - bonne initialement pour rougeole/oreillons puis baisse rapide Amélioration de la réponse Ac rougeole sous ARV (Berkelhamer S, Clin Infect Dis 2001)	T4 < 200/mm ³	Quelques cas de rougeole grave dont pneumonie rougeoleuse chez patients très immunodéprimés (MMWR, 1996)
Polio oral	cas de polio décrit chez patient VIH+	pas de contre-indication si remplacé par le polio inactivé injectable	vaccin remplacé par le polio inactivé injectable
Vaccin typhoïde oral	pas d'effets secondaires décrits chez les patients VIH+	pas de contre-indication si vaccin remplacé par le typhim VI	vaccin remplacé par le typhim VI
Vaccin fièvre jaune	- Aucun cas à ce jour de fièvre jaune post-vaccinale, même chez un patient très immunodéprimé. - Pas de cas déclaré de fièvre jaune au retour de pays d'endémie chez un patient VIH+ vacciné. - Pas d'étude véritable sur la production d'Ac post-vaccinaux par des patients VIH+ selon le taux de T4	T4 < 200/mm ³ faire un certificat de contre-indication (pas toujours accepté par les douaniers)	avis médical conseillé

agenda qualité de vie

Réunions d'informations organisées par Actions Traitements et Sida Info Service, avec la collaboration du Kiosque Info Sida
Prochaines réunions VIH et qualité de vie au Kiosque Info Sida 36, rue Geoffroy l'Asnier, 75004 Paris (M° Saint-Paul)

jeudi 18 juillet

Préparation au voyage
Dr François Boué.
Hôpital Antoine-Béclère.
Pour tous renseignements, contacter Jeanne Kouamé au 01 43 67 20 60

par tenaires

Actions Traitements remercie, pour leur soutien à son action, les

LABORATOIRES

Abbott France
Boehringer Ingelheim
Bristol-Myers Squibb
Chiron France
Gilead
Glaxo Smith Kline
Merck Sharp & Dhome
Produits Roche

INSTITUTIONS

Direction générale de la Santé
Ensemble contre le Sida
Fondation de France

Solidaires...?

De séminaires en ateliers, de symposiums en réunions, de journaux en rubriques, je m'aperçois d'une chose : le sida, ce n'est plus ce que c'était... ! A les entendre, il n'y a plus à s'en faire, il y a des traitements à toutes les sauces (bientôt aromatisés à la fraise, avec des piluliers très tendance... !). Mais moi, je viens d'Afrique, il y a encore deux mois, je pleurais de voir mes amis mourir sans que je puisse rien y faire, les voir prendre du Bactrim® à défaut de mieux, et faire des zones, des toxos, des tuberculoses à répétitions. Les plus chanceux, qui ont commencé leur traitement anti-retroviral il y a à peine quatre mois, viennent d'apprendre que la pharmacie est en rupture de stock. D'autres, qui attendent de pouvoir avoir des génériques, se rendent compte que des politiques ventripotents bloquent leur arrivée... Mais ici, nous sommes bien loin de tout ça ! Alors, si vraiment nous sommes solidaires, nous ne pouvons pas rester les bras croisés (seulement) nous inquiéter de nos lipodystrophies... Il faut arrêter de penser que c'est « normal » que les 90% de la population qui ont vraiment besoin des traitements anti-retroviraux n'y aient pas accès...

Eugène Rayess

Cette nouvelle rubrique est un billet d'humeur mensuel, se voulant être parfois un coup de gueule, parfois une opinion, toujours passionné, donc subjectif...

TABLEAU 2 : TABLEAU DES VACCINS GÉNÉRALEMENT UTILISÉS

	VACCIN	PROTOCOLE	INDICATIONS	EFFICACITÉ
VACCINS STANDARD	DIPHTÉRIE - TÉTANOS - POLIO (DTP)	Mise à jour tous les dix ans (1 injection) Si primo-vaccination : 2 injections à un mois	conseillée mais pas obligatoire	production d'Ac liée au taux de T4, positive chez la plupart des patients. (protection dans le temps ?)
	HÉPATITE B	3 injections M0, M1, M6 ou M12, rappel à 5 ans si pas de vaccination dans l'enfance	conseillée mais pas obligatoire	Taux de réponse corrélé au taux de T4 90% de réponse vaccinale après 2 schémas vaccinaux 60% de réponse à un an.
VACCINS POUR PAYS À FAIBLE NIVEAU D'HYGIÈNE	GRIPPE	Vaccination annuelle	si > 60 ans et certaines maladies chroniques	Pas de recommandations actuelles pour une vaccination des VIH+
	CHOLÉRA		épidémie dans le pays de destination	non recommandé chez les voyageurs même VIH+
	HÉPATITE A	2 injections M0 et M6/M12	Indication à un dosage des Ac avant vaccination si âge > 50 ans	Efficacité dépendant du taux de T4, plus faible que chez les VIH- - Vérifier la protection vaccinale par dosage d'IgG post-vaccinales
	TYPHOÏDE INACTIVÉ (TYPHIM VI)	1 injection tous les 3 ans	conseillée mais pas obligatoire	Efficacité dépendant du taux de T4, moindre que chez les VIH-
VACCINS POUR PAYS À RISQUE SANITAIRE PARTICULIER	MÉNINGO A+C / A+C+Y+W135	1 injection à J0 valable 5 ans	voyage en zone à risque (ceinture de Lapeyronie) en saison sèche, période des épidémies - Indication particulière du Ménomune lors du pèlerinage à la Mecque	Indication quand - Pas de données d'efficacité ou d'échec chez les patients VIH+
	RAGE	3 injections à J0, J7, J28 puis M12 et tous les 5 ans - Permet d'éviter la sérothérapie post-exposition (deux injections vaccinales post-exposition)	au cas par cas	Etude d'efficacité seulement chez des enfants VIH+ : mauvaise réponse Ac, liée au taux de T4.
	ENCÉPHALITE JAPONAISE	3 injections à J0, J7, J28 et rappel à 1 an	Asie du Sud-Est large, voyage en zone rurale et période (surtout mousson)	Efficacité 50% moins bonne chez enfants VIH+/enfants VIH- ATU nominative
	ENCÉPHALITE À TIQUES	2 injections à J0, J15 et rappel 1 an	Europe de l'Est et séjour zone forestière	Pas d'évaluation de l'efficacité chez patients VIH+
	FIÈVRE JAUNE	une injection tous les 10 ans	vaccin recommandé (et obligatoire dans les régions endémiques) - VOIR TABLEAU 1 -	Bonne efficacité

Cette article est inspiré de la présentation publique de Dr Karine LACOMBE, Chef de clinique assistant (service de maladies infectieuses et tropicales, Pr Girard, hôpital Saint-Antoine)

Paludisme

et autres maladies transmises par les arthropodes

Les mesures personnelles de protection (vêtements longs, si possible imprégnés -type Repel Insect® Trempage ou Vaporisateur-, répulsifs cutanés, moustiquaire imprégnée) doivent être maximales. - Choroquine et proguanil (Savarine®), doxycycline ne posent pas de problème. La méfloquine (Lariam®) peut avoir des interférences pharmacodynamiques avec certains antirétroviraux (ritonavir en particulier). La Malarone® (atovaquone+ proguanil) peut être utilisée dans les pays où la méfloquine est nécessaire (mais risque d'interaction avec le Crixivan®). Au retour, garder à l'esprit qu'un accès à P. falciparum peut survenir longtemps après les 2-3 mois habituels.

Antirétroviraux et voyage

Le voyageur devra adapter au plus vite le rythme précis de ses prises en fonction du décalage horaire. L'observance risque d'être altérée avec le relâchement psychique lié aux vacances. Prudence avec les médicaments éventuellement rajoutés spécifiques du voyage (interactions très peu étudiées). Problème de la stabilité des antirétroviraux en climat chaud et/ou humide: très peu étudié. Conserver les médicaments au frais et à l'abri du soleil. Ne pas changer intempestivement le traitement antirétroviral avant le départ; un patient traité devrait partir sous traitement stabilisé ayant permis si possible d'obtenir une charge virale indétectable.

source : SANTÉ-VOYAGE.COM

Vous souhaitez réagir? Apporter votre témoignage à un article d'InfoTraitements ? Envoyez-nous vos contributions par e-mail ou par voie postale