

# Vaccination contre l'hépatite A : quoi de neuf ?

Pr. Jilali NAJIB<sup>1</sup> et Dr. Mohamed BRAIKAT<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pédiatrie 1, Hôpital d'Enfants Abderrahim Harouchi, CHU Ibn Rochd, Casablanca

<sup>2</sup> Ancien Directeur du Programme National d'Immunisation, Rabat

L'organisation mondiale de la santé estime à 1,5 million le nombre annuel de cas d'hépatite A dans le monde, cliniquement les symptômes sont rares chez le jeune enfant (seuls 10% des moins de 6 ans développent un ictère) et plus fréquents chez l'adulte (avec une mortalité de 1% chez le plus de 40 ans).

Le VHA est un virus non enveloppé qui se présente en microscopie électronique comme une particule sphérique de 27 nm à 32 nm de diamètre. Son génome est constitué d'une molécule d'ARN simple brin d'environ 7,5 kb, à polarité positive donc directement infectieuse. Les séquences génomiques des différentes souches sont très proches, néanmoins 6 génotypes (I à VI) ont été décrits : les génotypes I, II et III étant subdivisés chacun en 2 sous-types A et B [2]. Les génotypes I, II et III correspondent aux isolats humains et les génotypes IV, V et VI à des souches simiennes auxquelles l'homme serait peu réceptif [4]. En dépit de l'hétérogénéité génomique, il n'existe qu'un seul sérotype de VHA. En effet, toutes les souches de VHA, à l'exception de quelques souches isolées chez le singe, présentent les mêmes caractéristiques antigéniques [1]. Aussi, les immunoglobulines spécifiques anti-VHA, quelle que soit l'origine géographique des sérums avec lesquels elles ont été constituées, et les vaccins issus d'une seule et même souche vaccinale peuvent prévenir une infection par le VHA chez les voyageurs où qu'ils se rendent.

La vaccination contre l'hépatite A doit faire partie d'un plan complet pour prévenir et combattre cette maladie, comprenant notamment des mesures pour améliorer l'hygiène et l'assainissement et pour lutter contre les flambées ; Les données attestent de l'excellent profil d'innocuité des vaccins inactivés :

## 1. Vaccins monovalents

**Forme adulte** : HAVRIX 1440UI/ml (GSK), AVAXIM 160 U (Sanofi Pasteur) et V50 U/ml (Sanofi Pasteur MSD) : mêmes indications que pour les vaccins Havrix 1440 et Avaxim 160 (et interchangeable avec les autres vaccins).

**Forme pédiatrique** : HAVRIX 720 UI/ml (GSK).

## 2. Vaccins combinés

### 2.1- Combinés au vaccin hépatite B

Forme adulte (voir Tableau n°3) TWINRIX ADULTE (GSK).

Forme pédiatrique (voir Tableau n°4) TWINRIX ENFANTS (GSK).

### 2.1- Combinés au vaccin typhoïdique

TYAVAX pour adulte (Sanofi Pasteur).

Le vaccin vivant atténué est administré par voie sous-cutanée, sous forme de dose unique délivrée à l'âge d'un an ou plus tard. Une allergie sévère aux composants des vaccins anti-hépatite A vivants atténués est une contre-indication à l'utilisation de ces vaccins et, en règle générale, les vaccins vivants ne doivent pas être administrés pendant la grossesse ou

à des sujets fortement immunodéprimés. On ne dispose d'aucune information sur la coadministration de vaccins anti-hépatite A vivants atténués et d'autres vaccins prévus dans le calendrier de vaccination systématique. La vaccination contre l'hépatite A doit faire partie d'un plan complet pour prévenir et combattre cette maladie, comprenant notamment des mesures pour améliorer l'hygiène et l'assainissement et pour lutter contre les flambées.

La vaccination contre le VHA est recommandée au calendrier de vaccination des enfants de plus de 1 an si cette vaccination est indiquée compte tenu de l'incidence de l'hépatite A aiguë, du passage de l'endémicité de forte à moyenne et du rapport coût/efficacité de l'intervention.

Dans les pays fortement endémiques, presque tous les habitants sont infectés de manière asymptomatique par le VHA dès l'enfance, ce qui prévient effectivement l'apparition d'une hépatite A clinique chez les adolescents et les adultes. Les programmes de vaccination à grande échelle ne sont pas recommandés dans ces pays.

Les pays dont la situation socio-économique s'améliore peuvent passer rapidement d'une endémicité forte à une endémicité moyenne pour l'hépatite A. Dans ces pays, un pourcentage relativement important de la population adulte est sensible au VHA et une vaccination à grande échelle contre l'hépatite A offrira probablement un bon rapport coût/efficacité et devra donc être encouragée.

La vaccination ciblée des groupes à haut risque doit être envisagée dans les contextes de faible ou très faible endémicité pour procurer des bénéfices pour la santé individuelle. Les groupes présentant un risque accru d'hépatite A comprennent les voyageurs se rendant dans des zones d'endémicité forte ou moyenne, ceux nécessitant un traitement à vie par des produits sanguins, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes travaillant en contact avec des primates non humains et les consommateurs de drogues par injection. En outre, les personnes souffrant d'une maladie hépatique chronique sont exposées à un risque accru d'hépatite A fulminante et doivent être vaccinées.

Le vaccin anti-hépatite A inactivé est autorisé pour être administré par voie intramusculaire selon un schéma à 2 doses, dont la première est délivrée à l'âge d'un an ou plus tard. L'intervalle entre la première dose et la seconde est flexible (de 6 mois à 4-5 ans), mais se situe habituellement entre 6 et 18 mois. Les programmes nationaux de vaccination peuvent envisager d'inclure une dose unique de vaccin anti-hépatite A inactivé dans leurs calendriers vaccinaux. Cette option semble offrir une efficacité comparable tout en étant moins coûteuse et plus facile. Néanmoins, tant que l'on n'aura pas réuni davantage d'expérience avec le schéma monodose chez les individus exposés à un risque substantiel de contracter l'hépatite A et chez les sujets immunodéprimés, un schéma à 2 doses sera à privilégier. Les vaccins anti-hépatite A inactivés produits par les différents fabricants, y compris les vaccins combinés à valence hépatite A, sont interchangeables. À part les cas de réaction allergique sévère à la dose précédente, il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation des vaccins anti-hépatite A inactivés. Ces vaccins peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins prévus dans le calendrier de vaccination systématique des enfants. Les vaccins anti-hépatite A inactivés doivent aussi être envisagés chez les femmes enceintes encourant un risque explicite d'infection par le VHA.

L'immunoglobuline pour la prophylaxie préexposition (voyageurs se rendant dans des zones de plus forte endémicité de l'hépatite A, par exemple) et la prophylaxie postexposition (contacts proches de cas aigus d'hépatite A, par exemple) (3,4).

Il faut insister sur l'intérêt primordial d'une surveillance active et d'un monitoring épidémiologique permettent aux pays doivent un recueil et une analyse réguliers des informations nécessaires pour estimer la charge d'hépatite A sur leur territoire. En plus des enquêtes pour évaluer la prévalence selon l'âge des anticorps anti-VHA de type IgG, cette opération peut nécessiter d'examiner les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil, la surveillance des maladies aiguës et les systèmes d'informa- tion sanitaire enregistrant les cas d'hépatite fulminante et/ou les causes de transplantation hépatique. L'évaluation économique, y compris les analyses coût/efficacité des stratégies de vaccination pertinentes, peut apporter utilement un élément de décision supplémentaire.

### Références :

1. Hollinger F. B. et Emerson S. U. Hepatitis A Virus. Fields Virology, ed. par D. M. Knipe et P. M. Howley. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001, p. 799-840.
2. Robertson B. H., Jansen R. W., Khanna B., Totsuka A., Nainan O. V., Siegl G., Widell A., Margolis H. S., Isomura S., Ito K. et al., Genetic relatedness of hepatitis A virus strains recovered from different geographical regions. J Gen Virol, 1992. 73 (Pt 6): p. 1365-77.
3. Sagliocca L, Amoroso P, Stroffolini T et al. Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: a randomised trial. Lancet 1999; 353: 1136-39
4. Victor JC, Monto AS, Surdina TY, Suleimenova SZ, Vaughan G et al. Hepatitis A vaccine versus immune globulin for post-exposure prophylaxis. N Engl J Med 2007; 357: 1685 -94.

### Références électroniques :

Weekly Epid. Record (2012, 87: 261-276) pdf

[www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090213\\_HepARecomm.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090213_HepARecomm.pdf)