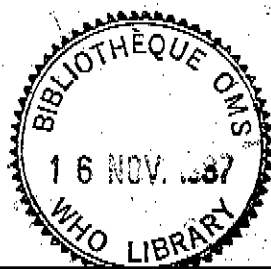


E-14147

WHO/SPA/GLO/87.3
ORIGINAL: ANGLAIS
DISTRIBUTION GENERALE

PROGRAMME
SPECIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**



RAPPORT DE LA
CONSULTATION OMS SUR LE
VIH ET LA VACCINATION
SYSTEMATIQUE

GENÈVE
12-13 AOÛT 1987



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

NOVEMBRE 1987



CONSULTATION OMS SUR LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH)
ET LA VACCINATION SYSTEMATIQUE DES ENFANTS

GENEVE, 12-13 AOUT 1987

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Introduction	2
2. Objectifs	2
3. Le point de la situation à propos du SIDA chez les enfants	2
4. L'épidémiologie des maladies cibles du PEV et les incidences de la vaccination ..	3
5. Les maladies cibles du PEV chez les sujets infectés par le VIH	3
5.1 Rougeole	3
5.2 Autres maladies cibles	4
6. La vaccination des nourrissons nés d'une mère infectée par le VIH et celle des enfants chez lesquels l'infection a été confirmée	4
6.1 Vaccin antirougeoleux	4
6.2 Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)	4
6.3 DTC	4
6.4 BCG	4
7. La vaccination des adultes infectés par le VIH	5
8. Les effets de la vaccination et des infections d'origine naturelle sur les infections à VIH et sur leur évolution	5
9. Evaluation risques/avantages	6
Déclaration commune	6
Annexe Liste des participants	10

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

1. Introduction

La vaste épidémie d'infections provoquées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et par les virus apparentés, de même que les troubles consécutifs d'immunodéficience connus sous le nom de SIDA, n'ont pas manqué de susciter certaines inquiétudes quant aux vaccins administrés dans le cadre du Programme élargi de Vaccination (PEV). Une consultation a été organisée à l'initiative du Programme spécial de Lutte contre le SIDA (Organisation mondiale de la Santé) et du PEV, dans le but de procéder à un examen des informations connues sur la vaccination et l'infection à VIH - en sorte que l'on puisse se prononcer sur une éventuelle modification des directives fixées en 1986 par le Groupe consultatif mondial du PEV. La réunion a eu lieu à Genève les 12 et 13 août 1987. Treize participants de huit pays étaient présents, parmi lesquels des immunologues, des virologues, des spécialistes de la lutte contre les maladies, des spécialistes des maladies infectieuses et des experts de la vaccination et de l'épidémiologie.

Le Professeur F. K. Nkrumah (Zimbabwe) a présidé la réunion, le Dr R. Ryder (Etats-Unis d'Amérique/Zaire) et le Professeur Wasz-Höckert (Finlande) ont présidé les groupes de travail, tandis que les Docteurs N. Halsey (Etats-Unis d'Amérique), D. W. Mulder (Pays-Bas) et I. Onorato (Etats-Unis d'Amérique) occupaient les fonctions de rapporteurs.

2. Objectifs

Les objectifs de la consultation OMS sur le VIH et la vaccination systématique des enfants étaient les suivants :

- i) faire le point de la situation actuelle concernant l'épidémiologie mondiale de l'infection à VIH et l'évolution naturelle de cette infection chez l'enfant;
- ii) étudier l'épidémiologie des six maladies cibles du PEV ainsi que les informations disponibles sur les manifestations cliniques de ces maladies chez les enfants infectés par le VIH;
- iii) examiner les données disponibles sur l'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité des six vaccins du PEV chez les enfants infectés par le VIH;
- iv) déterminer, d'après les informations connues, si les vaccins vivants et inactivés ne risquent pas d'accélérer l'évolution de l'infection à VIH chez les sujets atteints;
- v) proposer une révision des directives présentes du PEV, si nécessaire, et soumettre cette proposition au Groupe consultatif mondial du PEV; et
- vi) proposer des enquêtes additionnelles pour répondre aux questions encore en suspens sur l'infection à VIH et la vaccination.

3. Le point de la situation à propos du SIDA chez les enfants

Au 11 août 1987, 122 pays avaient notifié au total 56 375 cas de SIDA à l'OMS. L'augmentation des taux de séroprévalence dans le cas des infections à VIH ainsi que l'histoire naturelle de cette infection suggèrent que l'épidémie mondiale actuelle provoquera une recrudescence des cas, pendant plusieurs années, dans la plupart des pays, quelle que soit l'efficacité des programmes de prévention de la maladie.

On ignore le nombre total de cas de SIDA chez les enfants, mais ils représentent 1,4 % des cas notifiés aux Etats-Unis, et il se peut que cette proportion atteigne jusqu'à 3 % dans les pays en développement. Il est possible aussi que les statistiques sous-estiment la gravité du problème, car il y a des décès infantiles par SIDA qui restent ignorés et le diagnostic de la maladie est malaisé chez les enfants, surtout dans les pays où la malnutrition, les diarrhées chroniques et les affections respiratoires sont monnaie courante, et dans lesquels il n'est pas facile non plus de disposer de moyens de dépistage sérologique.

Les nourrissons et les enfants acquièrent essentiellement une infection à VIH par transmission de la mère au nourrisson ou par suite d'une exposition parentérale (transfusion de sang et de produits sanguins infectés, et contamination par des aiguilles ou seringues non stériles ou par d'autres instruments perforant le tissu cutané). On estime à 25 ou 50 % le risque pour un nourrisson d'être infecté par une mère séropositive. Dans les pays où la transmission hétérosexuelle du SIDA constitue le mode prédominant de propagation de la maladie, les cas pédiatriques représentent un pourcentage plus élevé du nombre total de cas notifiés que dans les régions où ce sont essentiellement les homosexuels et les bisexuels de sexe masculin qui sont responsables de la transmission du VIH.

Il s'est avéré qu'aucune des épreuves sérologiques actuellement pratiquées ne permet de déterminer avec précision la présence d'une infection pendant la première enfance, car : 1) les anticorps maternels acquis passivement peuvent persister dans l'organisme du nourrisson jusqu'à l'âge de 12 mois ou même davantage et 2) les anticorps décelables font défaut chez certains nourrissons infectés.

Il ressort d'études longitudinales faites dans les pays en développement qu'environ 15 à 26 % des nourrissons infectés en période périnatale décèdent dans les neuf premiers mois de l'existence. On ignore quel est le risque cumulatif de décès par infection à VIH, mais la plupart des experts prévoient que la majorité des nourrissons infectés décéderont de maladies associées à l'infection à VIH. Dans beaucoup de pays, on ne dispose pas de données suffisantes pour évaluer avec précision l'incidence des infections à VIH sur les taux généraux de survie de l'enfant. Dans les pays où l'on observe des taux élevés de séropositivité chez les femmes en âge de procréer, on peut s'attendre à ce que les infections à VIH occupent une place importante dans les causes de mortalité infantile et juvénile.

4. L'épidémiologie des maladies cibles du PEV et les incidences de la vaccination

La mise en oeuvre du PEV a permis d'améliorer considérablement la couverture vaccinale dans les pays en développement. En 1974, moins de 5 % des nourrissons de ces pays avaient reçu trois doses au moins de DTC et de vaccin antipoliomyélitique. On a estimé qu'en 1987, 50 % des nourrissons de ces mêmes pays avaient reçu trois doses au moins de ces vaccins. Actuellement, les taux de couverture sont estimés à 45-50 % pour le BCG et le vaccin antirougeoleux. Tous les antigènes du PEV préviennent efficacement les maladies graves ainsi que la mortalité imputable aux maladies cibles. On pense que l'utilisation de ces vaccins dans les pays en développement permet actuellement d'épargner un million de vies par an du fait de la rougeole, du tétanos néonatal et de la coqueluche, et également de prévenir 175 000 cas de poliomyélite. Cependant, plus de 3 millions de décès sont encore occasionnés chaque année par ces trois premières maladies, auxquels s'ajoutent 250 000 cas de poliomyélite.

Des efforts intensifs sont déployés pour étendre la couverture vaccinale dans le monde entier, de sorte que tous les enfants puissent bénéficier de mesures préventives contre ces maladies.

5. Les maladies cibles du PEV chez les sujets infectés par le VIH

5.1 Rougeole

Plusieurs cas de rougeole ont été signalés aux Etats-Unis chez des enfants non vaccinés porteurs du VIH, et deux décès ont été notifiés; ce sont les premiers décès dus à la rougeole qui ont été enregistrés aux Etats-Unis depuis 1983. De même que chez d'autres malades atteints de troubles sérieux d'immunodéficience à support cellulaire, la plupart de ces cas étaient caractérisés par une pneumonie évolutive. On n'a pas observé d'érythème chez l'un des malades. Ces faits suggèrent la possibilité d'une fréquence plus élevée des manifestations cliniques atypiques chez les sujets infectés par le VIH. Sur la base des rares cas observés, on peut dire que le risque de décès par rougeole chez les sujets porteurs du VIH semble très supérieur au taux de mortalité de 0,1 % relevé ces dernières années aux Etats-Unis d'Amérique chez les rougeoleux non infectés.

Une enquête auprès de 314 enfants atteints de rougeole et hospitalisés au Zaïre a fait ressortir des taux identiques de létalité aussi bien chez les sujets infectés par le VIH et chez les autres, mais le taux de mortalité chez les enfants de plus de neuf mois était plus

élevé chez les sujets infectés (50 % contre 29 %). Bien que les observations ne portent que sur un petit nombre de cas, il semble que la rougeole exerce des effets plus graves chez les nourrissons et les enfants porteurs du VIH que chez les séronégatifs.

5.2 Autres maladies cibles

Pour le moment, aucun cas confirmé de poliomyélite, de tétanos ou de diphtérie n'a été notifié chez des sujets séropositifs. Plusieurs cas de coqueluche ont été observés aux Etats-Unis chez des séropositifs, et ils ont provoqué au moins un décès. Il a été reconnu que, dans le monde entier, la tuberculose et diverses affections dues à d'autres mycobactéries (notamment *Mycobacterium avium intracellulare*) étaient des complications fréquentes chez les malades du SIDA. Dans la plupart des cas, l'état pathologique est l'aboutissement d'une réactivation endogène chez des malades exposés aux micro-organismes avant l'apparition d'une immunodéficience associée au VIH. On ne dispose pas de données suffisantes sur les cas de tuberculose imputables à une exposition primaire à *M. tuberculosis* et observés chez les nourrissons et enfants infectés par le VIH pour pouvoir déterminer la gravité de cette atteinte.

6. La vaccination de nourrissons nés de mères infectées par le VIH et celle des enfants chez lesquels l'infection a été confirmée

6.1 Vaccin antirougeoleux

Des études de séroconversion n'ont été pratiquées que sur un nombre limité de nourrissons porteurs du VIH. La vaccination antirougeoleuse n'a été suivie d'aucune séroconversion dans les quelques cas de ce genre qui ont fait l'objet d'une évaluation prospective. Une enquête menée auprès de 43 nourrissons haïtiens séropositifs âgés de moins de 12 mois, nés de mère séropositive, a révélé des taux de séroconversion à l'égard du vaccin antirougeoleux équivalant à ceux des nourrissons de même âge nés de mère séronégative. Une étude ultérieure de cette même population a démontré l'existence d'une étroite corrélation entre la vaccination antirougeoleuse et la survie chez les sujets âgés de 9 à 39 mois. Les épreuves sérologiques pratiquées dans un délai de 5 mois à 5 ans après la vaccination sur des nourrissons ayant acquis à la naissance une infection à VIH n'ont fait ressortir la présence d'anticorps décelables de la rougeole que chez 6 sur 10 d'entre eux. Aucune complication n'a été observée lors d'études particulières exécutées aux Etats-Unis auprès de plus de 70 nourrissons porteurs du VIH et qui avaient reçu un vaccin antirougeoleux, y compris ceux chez qui des maladies associées à l'infection à VIH étaient apparues avant la vaccination.

6.2 Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)

Le VPO comporte un risque accru de complications paralytiques (5/1000 selon les estimations) chez les malades atteints de troubles primaires de l'immunodéficience. Cependant, plus de 180 nourrissons porteurs du VIH ont reçu aux Etats-Unis d'Amérique du VPO sans complications apparentes et aucun cas n'a été signalé à l'OMS, ni porté à la connaissance des participants à la réunion. Une enquête sur des nourrissons infectés par le VIH et qui avaient reçu du VPO avant l'apparition d'une immunodéficience a fait ressortir, dans 90 % des cas, une réponse sérologique au poliovirus type 2.

6.3 DTC

Aux Etats-Unis d'Amérique, plus de 200 nourrissons infectés par le VIH ont reçu une ou plusieurs doses de DTC et aucun effet indésirable anormal n'a été constaté. Des études sérologiques faites chez un petit nombre de nourrissons porteurs du VIH ont fait ressortir une diminution ou une absence de réponse aux anatoxines tétanique et diphtérique.

6.4 BCG

L'OMS a connaissance du cas de 10 nourrissons infectés par le VIH (5 en France, 5 en Afrique) qui ont fait une lymphadénite régionale à la suite d'une vaccination par le BCG. Ces nourrissons avaient acquis le VIH en période périnatale, soit par la mère, soit à la suite de transfusions sanguines au moment de la naissance.

Le vaccin avait été administré à partir de la naissance jusqu'à l'âge de deux mois et une lymphadénite est apparue à l'âge de 4 à 15 mois, et dans tous les cas après l'apparition de symptômes associés à l'infection à VIH. Plusieurs malades ont fait des épanchements ou des fistules nécessitant une intervention chirurgicale. Plusieurs d'entre eux ne réagissaient qu'à la chimiothérapie. Du BCG a également été isolé chez un malade dans un ganglion lymphatique non contigu (inguinal), ce qui suggérerait une dissémination du BCG.

L'apparition d'une lymphadénite régionale consécutive à celle de symptômes associés à l'infection à VIH semble indiquer qu'il y a eu réactivation des micro-organismes persistants du BCG dans les ganglions lymphatiques. On ignore le nombre total de nourrissons infectés par le VIH qui avaient été vaccinés et il n'a pas non plus été possible de savoir si les taux de complications chez les nourrissons infectés différaient de ceux que l'on pouvait s'attendre à rencontrer chez les nourrissons non infectés. Une étude faite au Zimbabwe sur 185 nourrissons infectés par le VIH, et auxquels du BCG avait été administré, a révélé cinq cas de lymphadénite régionale (comme indiqué plus haut). Le taux de lymphadénite régionale chez ces nourrissons après l'administration de BCG (27 pour 1000) ne différait pas sensiblement de celui qui était observé dans l'ensemble de la ville (15-19 pour 1000). Les résultats préliminaires d'une étude entreprise à Kinshasa ont fait ressortir chez les enfants infectés des taux identiques de lymphadénite après l'administration de BCG et il en était de même chez les sujets non infectés.

7. La vaccination des adultes infectés par le VIH

La réponse sérologique à la vaccination par différents antigènes (par exemple contre les pneumocoques, la grippe, la diphtérie, l'hépatite B) chez les adultes infectés par le VIH est généralement limitée et elle est en corrélation inverse avec la persistance et la gravité des troubles associés à l'infection à VIH. La réponse à l'anatoxine tétanique était normale, selon une enquête menée auprès de recrues séropositives de l'armée.

Deux cas supplémentaires d'ulcères évolutifs locaux et de lymphadénite régionale ont été signalés, en France et au Mexique, chez des sujets présentant une infection symptomatique par le VIH, et qui étaient âgés respectivement de 22 et 29 ans. Le malade vacciné au Mexique était atteint du SIDA au moment de la vaccination et deux hémocultures positives indiquaient une dissémination du BCG. Les deux malades réagissaient à la chimiothérapie antituberculeuse.

Aux Etats-Unis, un jeune soldat présentant une infection asymptomatique à VIH a fait une vaccine généralisée, puis un SIDA clinique après avoir reçu du vaccin antivariolique et d'autres antigènes dans le cadre d'un programme de vaccination systématique. On ignore le nombre total de séropositifs ayant reçu du vaccin antivariolique.

8. Les effets de la vaccination et des infections d'origine naturelle sur les infections à VIH et sur leur évolution

Plusieurs recherches de laboratoire ont démontré que les lymphocytes CD4 (auxiliaires) obtenus en culture tissulaire renforçaient la sensibilité à l'infection par le VIH. En outre, la concentration du virus est plus élevée dans les cellules activées, et les lymphocytes infectés par le VIH sont plus sensibles à la destruction cellulaire après activation. La réponse immunitaire normale consécutive à la vaccination comporte une stimulation des lymphocytes. Le cas isolé, dont il a été question plus haut, d'un passage de l'infection asymptomatique au SIDA clinique, après administration de vaccinations multiples, pose la question de savoir si cette pratique ne risque pas d'accélérer une évolution vers la maladie. Cependant, l'administration de multiples vaccins viraux vivants (poliomyélite, adénovirus, rougeole, oreillons et rubéole, notamment) à 21 adultes séropositifs et asymptomatiques n'a amené aucune modification de leur état clinique. De même, 105 sujets séropositifs qui avaient reçu un vaccin antipneumococcique à 24 valences, ainsi que quatre vaccins antigrippaux différents, n'ont accusé aucune modification des concentrations sériques d'un antigène (p24) produit par le VIH. Enfin, une étude faite dans la ville de New York sur 210 enfants infectés par le VIH a établi que ceux qui avaient ultérieurement fait une infection symptomatique (SIDA), ou ceux qui étaient demeurés asymptomatiques, avaient tous reçu le même nombre d'antigènes à l'âge de 6 et 12 mois.

Il n'a été procédé à aucun essai contrôlé de suppression des vaccinations systématiques chez les enfants infectés par le VIH, en vue d'évaluer les effets de ces vaccinations sur l'évolution de la maladie et, d'ailleurs, cette pratique a été jugée non conforme à l'éthique par les participants. Les données cliniques dont on dispose ne confirment aucunement l'hypothèse que les vaccinations modifient en quoi que ce soit l'évolution des infections à VIH. Des études de laboratoire menées dans des pays en développement auprès de nourrissons et d'adultes ont démontré que ces derniers demeureraient constamment en état de stimulation immunitaire en raison de multiples infections aiguës et chroniques. La stimulation antigénique supplémentaire due à la vaccination semble peu importante en regard d'autres sources naturelles de stimulation antigénique et également de la stimulation suscitée par une infection due à des maladies évitables par la vaccination.

9. Evaluation risques/avantages

Les participants à la consultation ont fait le point des renseignements limités dont ils disposaient sur l'innocuité et l'efficacité des vaccinations chez les sujets infectés par le VIH. L'immunodéficience complique l'évaluation des réponses à la vaccination. Les sujets immunodéficients sont davantage exposés au risque d'apparition de complications graves dues à des maladies d'origine naturelle (par exemple une élévation des taux de tuberculose évolutive et une augmentation probable de la gravité de la rougeole chez les sujets infectés par le VIH).

Bien que les risques inhérents aux vaccins vivants puissent être amplifiés chez les enfants immunodéficients, ils demeurent néanmoins inférieurs à ceux qui sont liés à des micro-organismes de type sauvage plus virulents. Par conséquent, lorsque le risque d'une exposition à des micro-organismes de type sauvage est élevé, ce qui est le cas dans la plupart des pays en développement, il semble qu'il soit de loin préférable d'administrer des vaccins que de permettre à des infections d'origine naturelle de se développer.

Chez les sujets immunodéficients, il se peut que la réaction individuelle et l'immunité consécutive à la vaccination soient quelque peu amoindries. Preuves en sont les réponses variables notées chez des sujets infectés par le VIH. Les éléments d'information dont on dispose montrent qu'il faut vacciner les sujets infectés par le VIH avant le passage à l'immunodéficience symptomatique, de manière à maximiser le potentiel de réponse de l'hôte et de minimiser les risques potentiels.

Les consultants ont examiné la suggestion de procéder à un dépistage sérologique du VIH avant l'administration de vaccins. Cette suggestion a été rejetée, comme étant impraticable en raison des risques d'erreurs, notamment chez le nourrisson. Bien que tous les nourrissons nés de mère séropositive possèdent à l'origine des anticorps sériques anti-VIH, 25 à 50 % seulement d'entre eux seront infectés par le virus. Il serait donc peu judicieux de renoncer à administrer à 50 ou 75 % des nourrissons non infectés des vaccins dont les avantages sont reconnus, du simple fait de risques théoriques liés à l'innocuité de ces vaccins.

Après avoir examiné les informations dont ils disposaient, les participants à la consultation ont adopté la DECLARATION COMMUNE qui suit :

On s'est posé la question de savoir si les enfants infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) faisant l'objet de vaccinations systématiques risquaient de présenter une réponse immunitaire diminuée et davantage d'effets indésirables ou encore une accélération de l'immunosuppression provoquée par le VIH. D'après les données limitées dont on dispose, il semblerait que les chances de succès de la vaccination soient réduites chez certains sujets infectés par le VIH mais que le risque d'effets indésirables graves reste faible. Le risque théorique d'accélération de l'infection à VIH du fait de l'administration simultanée de plusieurs antigènes n'a pas été attesté par l'observation clinique et reste sans doute négligeable par rapport aux autres sources naturelles de stimulation antigénique.

Après avoir passé en revue les informations disponibles les 12 et 13 août 1987 à Genève, la consultation informelle de l'OMS sur le VIH et la vaccination systématique des enfants :

1. Approuve les recommandations du Groupe consultatif mondial du Programme élargi de Vaccination réuni en 1986 concernant l'utilisation des antigènes du PEV :

"Dans les pays où les autorités considèrent que l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue un problème, il faudra procéder à des vaccinations individuelles aux antigènes du PEV selon les principes retenus. Cela vaut également pour les sujets atteints d'une infection asymptomatique. Dans les pays où les maladies cibles du PEV constituent toujours une grave menace, il ne faut pas administrer le BCG aux sujets non immunisés qui présentent un SIDA clinique (symptomatique), mais il faut par contre qu'ils reçoivent les autres vaccins (tableau ci-dessous)".

TABLEAU

Recommandations concernant l'utilisation d'antigènes du PEV chez des sujets infectés par le VIH dans les pays où les maladies cibles du PEV restent d'importantes causes de morbidité

	<u>Vaccin</u>	<u>Asymptomatique</u>	<u>SIDA clinique</u>
<u>Nourrissons</u>	BCG	Oui	Non
	DTC	Oui	Oui
	VPO	Oui	Oui
	VPI	Oui	Oui
	Antirougeoleux	Oui	Oui
<u>Femmes</u>	Antitétanique	Oui	Oui

2. Note avec le Groupe consultatif mondial qu'on n'utilise généralement pas de vaccin vivant chez les sujets immunodéprimés, mais convient que, dans les régions où le risque d'exposition à la rougeole et au poliovirus est élevé, les avantages de la vaccination sont largement supérieurs au risque apparemment faible d'effets indésirables liés à ces vaccins, même en présence d'une infection à VIH symptomatique. On peut préférer le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) au VPO pour vacciner les enfants présentant une infection symptomatique qui pourraient être exposés à un risque accru de poliomyélitique paralytique associée au VPO.

3. Note que, malgré un risque théorique indéniable, les données témoignant d'une augmentation du taux de réactions indésirables après la vaccination par le BCG chez les sujets présentant une infection à VIH asymptomatique ne sont pas concluantes. Aussi,

a) pour les sujets atteints d'une infection à VIH asymptomatique :

- si le risque de tuberculose est élevé, on recommande l'administration du BCG à la naissance ou dès que possible après la naissance, selon les principes en vigueur pour la vaccination des enfants non infectés par le VIH;
- dans un nombre restreint de régions, où le risque de tuberculose est faible, la vaccination par le BCG est tout de même recommandée à titre systématique mais elle est facultative pour les sujets dont on sait ou l'on soupçonne qu'ils sont infectés par le VIH.

b) le BCG ne doit pas être administré aux sujets atteints d'une infection à VIH symptomatique.

4. Souligne que le PEV recommande de vacciner les enfants aussi tôt que possible. Les effets indésirables associés à la vaccination peuvent être réduits au minimum et la réponse immunitaire favorisée par l'administration de vaccins avant le développement de l'immunosuppression due au VIH.

5. Approuve l'administration simultanée de plusieurs antigènes tels que le BCG, le DTC, le vaccin antipoliomyélitique et le vaccin antirougeoleux, lorsqu'ils sont indiqués.

6. Encourage vivement la poursuite des recherches dans les domaines suivants :

a) Innocuité des vaccinations chez les enfants infectés par le VIH :

i) surveiller les enfants infectés par le VIH afin de détecter rapidement toute manifestation indésirable qui, contre toute attente, serait fréquente après la vaccination;

ii) établir ou modifier les systèmes de surveillance de la population afin de détecter les rares manifestations indésirables graves associées à la vaccination chez les enfants infectés par le VIH;

iii) comparer la fréquence des manifestations indésirables moins graves survenant chez des enfants infectés et non infectés après la vaccination.

b) Histoire naturelle des maladies évitables par la vaccination chez les enfants infectés par le VIH :

i) déterminer le pourcentage de complications graves des maladies évitables par la vaccination chez les enfants infectés par le VIH dans les établissements de soins et dans la communauté et corréler ces complications avec le stade d'infection par le VIH et le degré d'immunosuppression;

ii) établir ou modifier les systèmes de surveillance de la population afin de détecter les complications graves des maladies évitables par la vaccination chez les enfants infectés par le VIH;

iii) évaluer le rôle des immunoglobulines dans la protection des enfants infectés par le VIH contre les maladies évitables par la vaccination.

c) Immunogénicité et efficacité des vaccinations chez les enfants infectés par le VIH :

i) déterminer la réponse sérologique à la vaccination chez les enfants infectés par le VIH par rapport aux enfants non infectés et corréler celle-ci au stade d'infection par le VIH et au degré d'immunosuppression;

ii) mettre au point des méthodes visant à améliorer la réponse immunitaire des enfants infectés par le VIH si celle-ci s'avère diminuée;

iii) vérifier la persistance des anticorps suscités par la vaccination;

iv) assurer le suivi des enfants infectés par le VIH vaccinés et une évaluation rétrospective des cas de maladies évitables par la vaccination afin de déterminer les taux d'échec de la vaccination chez les enfants infectés par le VIH.

d) Risques d'activation ou d'accélération de l'infection par le VIH dus à la stimulation antigénique répétée due à la vaccination, y compris du fait de l'administration simultanée de plusieurs antigènes :

i) détecter tout risque de répllication accrue du VIH à la suite d'une vaccination chez les enfants infectés par le VIH;

ii) détecter toute anomalie immunologique faisant suite à la vaccination chez des enfants infectés par le VIH;

iii) études rétrospectives de la relation entre le nombre total de vaccinations reçues et/ou le nombre d'antigènes reçus simultanément par les enfants infectés par le VIH et l'apparition de l'infection à VIH symptomatique, la progression de la maladie clinique et/ou l'issue fatale de l'infection à VIH. La consultation informelle a estimé que les études prospectives en double aveugle contre placebo, dans lesquelles certains enfants infectés par le VIH ne recevraient pas les vaccinations recommandées, sont à éviter.

e) Immunogénicité et efficacité de la vaccination antitétanique chez les femmes enceintes infectées par le VIH pour prévenir le tétanos du nouveau-né.

CONSULTATION OMS SUR LE VIH ET LA VACCINATION SYSTEMATIQUE DES ENFANTS

GENEVE, 12-13 AOUT 1987

Liste des participants

Dr W. Borkowsky, New York University Medical Centre, 550 1st Avenue, New York, NY 10016,
Etats-Unis d'Amérique

Dr A. Dalgleish, Consultant Physician, Clinical Research Center, Northwick Park Hospital,
Harrow HA1 3UJ, Middlesex, Angleterre

Professeur C. Griscelli, Clinique Robert Debré, Hôpital des Enfants Malades,
149 rue de Sèvres, 75730 Paris, Cedex 15, France

Dr N. Halsey, Department of International Health, Johns Hopkins School of Hygiene and Public
Health, 615 N. Wolfe Street, Baltimore, MD 21205, Etats-Unis d'Amérique

Dr T. Hill, Senior Health Adviser, UNICEF - EPI Unit (A-6M), Division of Programme and
Planning, 866 United Nations Plaza, New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique

Dr L. Kaprio, P. Hesperiank 7 Appt 18-19, 00200 Helsinki 26, Finlande

Dr D. W. Mulder, Département d'Hygiène tropicale, Institut royal de Médecine tropicale,
63 Mauritskade, 1092 AD Amsterdam, Pays-Bas

Professeur F. K. Nkrumah, Pediatrics and Child Health, University of Zimbabwe, P.O. Box A178,
Harare, Zimbabwe

Dr B. Okwo, Ministre de la Santé, boîte postale 9638, Kinshasa I, Zaïre

Dr I. Onorato, Centers for Disease Control, Atlanta, GA 30333, Etats-Unis d'Amérique

Dr R. R. Redfield, Dept. of Virus Diseases, Walter Reed Army Institute of Research,
Washington, DC 20397-5100, Etats-Unis d'Amérique

Dr R. Ryder, Project SIDA, API 09662, New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique

Professeur O. Wasz-Hockert, Dragonvergen 7, Helsinki 00330, Finlande

Secrétariat

Dr J. Clements, Programme élargi de Vaccination, OMS, Genève

Dr G. Hayden, Programme élargi de Vaccination, OMS, Genève

Dr R. Henderson, Programme élargi de Vaccination, OMS, Genève

Dr J. Mann, Directeur, Programme spécial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

Dr P. Sato, Programme élargi de Vaccination, OMS, Genève

M. H. ten Dam, Tuberculose et Maladies respiratoires, OMS, Genève

Dr F. von Reyn, Programme spécial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

Dr P. Wright, Programme élargi de Vaccination, OMS, Genève

= = =