

- rappelle cependant que la vaccination contre les infections à *Haemophilus influenzae* b est recommandée chez tous les enfants dès l'âge de 2 mois,
- rappelle qu'aucun des deux types de vaccins anti-pneumococciques (polysaccharidique à 23 valences et conjugué à 7 valences) n'a fait la preuve d'une efficacité satisfaisante sur la prévention des otites à pneumocoque,
- rappelle que seul le vaccin conjugué à 7 valences a fait la preuve de son efficacité sur la prévention de méningites à pneumocoque dont le sérotype est inclus dans le vaccin<sup>1,2</sup>.

#### **En conséquence, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France**

- souhaite qu'un approfondissement des données bactériologiques, notamment les sérotypes des pneumocoques et des *Haemophilus influenzae* isolés, et des données épidémiologiques, notamment répartition de l'âge des patients atteints et délais de survenue de l'infection (plus précisément que les seules valeurs extrêmes), soit réalisé sur les cas de méningites survenues chez les porteurs d'implants actuellement recensés,
- recommande la vaccination par le vaccin conjugué à 7 valences des candidats à l'implantation cochléaire et aux porteurs d'implants cochléaires âgés de moins de 2 ans [grade de recommandation C]<sup>3</sup>,
- laisse les médecins libres de vacciner par le vaccin conjugué à 7 valences les candidats à l'implantation cochléaire et les porteurs d'implants cochléaires dont l'âge est supérieur à 2 ans, sachant que l'autorisation de mise sur le marché à ce jour ne comporte d'indication que chez l'enfant jusqu'à 2 ans, et sachant que seules des données limitées sont disponibles chez les enfants de 2 à 5 ans, données mettant en évidence un taux

plus élevé de réactions locales, que la tolérance et l'efficacité n'ont pas été évaluées chez les enfants de plus de 5 ans ni chez les adultes et que les sérotypes en cause dans cette population sont probablement différents de ceux observés chez l'enfant de moins de 5 ans,

- stipule que les termes de cette recommandation devront être revus à la lumière des données bactériologiques et épidémiologiques qui seront collectées sous la responsabilité de l'AFSSAPS,
- recommande qu'une étude cas-témoin au niveau international évalue avec plus de précision le risque de méningite chez les patients porteurs d'implant cochléaire ; cette étude devrait être conçue afin de permettre un ajustement sur l'existence ou non d'anomalies de l'appareil auditif et de l'étiologie pneumococcique de la surdité, l'implant cochléaire pouvant n'être qu'un facteur de confusion,
- recommande que les données concernant la survenue de méningites soient recueillies au cours du suivi de la cohorte des patients français implantés.

1. Calendrier vaccinal 1999. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 16 avril 1999.
2. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination par le vaccin pneumococcique heptavalent (Prevenar®) du 8 mars 2002.
3. Grades de recommandations de l'ANAES : A : Preuve scientifique établie, B : Présomption scientifique, C : Faible niveau de preuve scientifique.

*Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité,  
sans suppression ni ajout*

## **Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France** (Section des maladies transmissibles) **relatif à une épidémie de tuberculose dans un foyer** **du 12<sup>e</sup> arrondissement de Paris** 15 novembre 2002

#### **Considérant :**

- la demande de la Ville de Paris sur la conduite à tenir face à l'épidémie de tuberculose dans un foyer du 12<sup>e</sup> arrondissement de Paris et dans les autres foyers parisiens,
- la présentation lors de la séance du CSHPF du 15 Novembre 2002 de l'épidémie de tuberculose dans un foyer parisien, par le responsable de la tuberculose à la Ville de Paris,
- les estimations des services de la Ville de Paris selon lesquelles une mise en œuvre rapide de moyens par la mairie de Paris pour traiter les infections tuberculeuses récentes dans ce foyer éviterait l'émergence supplémentaire d'environ 25 cas de tuberculose active à 2 ans et probablement plus de 50 cas à 4 ans (sans compter les cas secondaires),
- les recommandations actuelles de la Direction générale de la santé concernant la prévention de la transmission de la tuberculose et l'organisation de la lutte antituberculeuse (articles L.3112-4 et L.3112-5, décret du 10 Janvier 1995, circulaire du 4 Mai 1995),
- l'avis du groupe de travail du CSHPF sur la tuberculose.

#### **Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France émet l'avis suivant :**

il convient, d'une part, de :

- poursuivre tous les trois mois le dépistage actif par radiographie pulmonaire de la tuberculose maladie dans le foyer Claude Tillier du 12<sup>e</sup> arrondissement,
- effectuer des tests tuberculiques à toutes les personnes fréquentant ce foyer (aile dite « sub-saharienne » et aile dite « maghrébine » du foyer Claude Tillier, en prévoyant pour l'aile « sub-saharienne » des séances de tests régulières sur plusieurs semaines étant donné le passage important de résidents occasionnels dans ce foyer),

- entreprendre un traitement chimio-prophylactique chez tous les patients dont le diamètre de l>IDR est supérieur ou égal à 15 mm (opinion d'experts), en privilégiant un schéma court de 3 mois par bithérapie (Isoniazide et Rifampicine), en utilisant si possible une formulation combinée,
- s'assurer de la bonne supervision, du suivi, de l'observance et de la tolérance du traitement selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé,
- évaluer à 6 mois l'impact de la stratégie en adaptant celle-ci selon l'évolution épidémiologique,
- poursuivre le dépistage radiologique de la tuberculose selon les modalités actuelles pour les autres foyers de la Ville de Paris, en prévoyant, le cas échéant, une stratégie comparable à celle du foyer Claude Tillier (émergence de cas groupés présentant un caractère épidémique).

D'autre part, étant donné le caractère exceptionnel de cette épidémie et les populations concernées, le CSHPF, sans préjuger du dispositif définitif que la Ville de Paris mettra en œuvre, considère qu'une équipe dédiée, ou une antenne, installée dans le foyer même, ou au plus près, serait de nature à assurer, de la façon la plus exhaustive possible, la lecture des IDR, la distribution contrôlée des médicaments, le suivi de l'observance et de la tolérance des traitements, et la recherche des perdus de vue.

#### **RÉFÉRENCES**

- [1] Centers for Disease Control and Prevention. 1993. Severe isoniazid associated hepatitis-New York, 1991-1993. M.M.WR. 42:545-547.
- [2] Cohn DL and El-Sadr WM. 2000. Treatment of latent tuberculosis infection. In L. B. Reichman and E. Hershfield, editors.
- [3] Comstock GW and Ferebee SH. 1970. How much isoniazid is needed for prophylaxis? Am. Rev. Respir. Dis. 101 :780-782.
- [4] Comstock GW, Livesay ST. The prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. Am. J.Epidemiol., 1974 ; 99 :131.

- [5] De Cock K, Grant A, Porter J. Preventive therapy for tuberculosis in HIV-infected persons : international recommendations, research, and practice. Lancet 1995 ; 345 : 756-63. Ferebee SH, Mount FW. Tuberculosis morbidity in a controlled trial of the prophylactic use of isoniazid among household contacts. Am. Rev. Respir. Dis 1962 ; 85 : 490-521 Ferebee SH. Controlled chemoprophylaxis trials in tuberculosis. A general review. Adv. Tuberc. Res., 1969 ; 17 : 28-106.
- [6] Franks AL, Binkin NJ, Snider DE, Jr Rokaw WM and Becker S. 1989. Isoniazid hepatitis among pregnant and postpartum Hispanic patients. Pub. Health Rep. 104 : 151-155.
- [7] Grzybowski S. Preventive treatment for tuberculosis control in developing countries. The case for preventive chemotherapy. Bull Intern Union Tuberc Lung Dis Suppl 1990/1991 ; 66 : S25.
- [8] Rieder Hans L. Bases épidémiologiques de la lutte antituberculeuse. Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, 1999 ; p. 51-66.
- [9] Hong Kong Chest Service, Tuberculosis Research Centre, Madras, British Medical Research Council. A double blind placebo controlled clinical trial of three antituberculosis chemoprophylaxis regimens in patients with silicosis in Hong Kong. Am. Rev. Respir. Dis. 1992, 145. 36-41.
- [10] Kopanoff DE, Jr Snider DE and Caras GJ. 1979. Isoniazid related hepatitis : a U.S. Public Health Service cooperative surveillance study. Am. Rev. Respir. Dis 117 : 991-1001.
- [11] Dekker Marcel, New York. 471-502. Tuberculosis: A Comprehensive International Approach, 2nd ed.
- [12] MMWR. Recommendations and Reports. June 9, 200 / Vol. 49 / No. RR-6. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection.
- [13] Moulding TS, Redeker AG and Kanel GC. 1989. Twenty isoniazid-associated deaths in one state. Am. Rev. Respir. Dis. 140 : 700-705.
- [14] Nolan CM, Goldberg SV and Buskin SE. 1999. Hepatotoxicity associated with isoniazid preventive therapy : a 7-year survey from a public health tuberculosis clinic. J.A.M.A. 281 : 1014-1018.
- [15] Ormerod LP. 1998. Rifampicin and isoniazid prophylactic chemotherapy for tuberculosis. Arch. Dis. Child 78 : 169-171.
- [16] Pape J, Jean S, Ho J, Hafner A, Johnson W. Effect of isoniazid prophylaxis on incidence of active tuberculosis and progression of HIV infection. Lancet 1993 ; 342 : 268-72.
- [17] Perronne C. Tuberculose : traitement de l'adulte contact. Eléments décisionnels et modalités thérapeutiques. Méd. Mal. Infect. 1995, 25, 388-391.
- [18] Salpeter SR, Sanders GD, Salpeter EE and Owens DK. 1997. Monitored isoniazid prophylaxis for low-risk tuberculin reactors older than 35 yr of age : a risk-benefit and cost effectiveness analysis. Ann. Intern. Med. 127 : 1051-1061.
- [19] Jr Snider DE and Caras GJ. 1992. Isoniazid-associated hepatitis deaths : a review of available information. Am. Rev. Respir. Dis. 145 : 494-497.
- [20] Sutherland I. Recent studies in the epidemiology of tuberculosis, based on the risk of being infected with tuberculosis bacilli. Adv. Tuberc. Res., 1976 ; 19 : 1-63.
- [21] Taylor WC, Aronson MD and Delbanco TL. 1981. Should young adults with a positive tuberculin test take isoniazid ? Ann. Intern. Med. 94 : 808-813.
- [22] Tsevat J, Taylor WC, Wong JB and Pauker SG. 1988. Isoniazid for the tuberculin reactor : take it or leave it. Am. Rev. Respir. Dis. 137 : 215-220.
- [23] Veening GJJ. Long term isoniazid prophylaxis. Controlled trial on INH prophylaxis after recent tuberculin conversion in young adults. Bull Int Union Tuberc 1968 ; 41 : 169-71.
- [24] Walley J, Porter J. Chemoprophylaxis in tuberculosis and HIV infection. Br Med J 1995 ; 310 : 1621-2.

**Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité,  
sans suppression ni ajout**

## Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (Section des maladies transmissibles) relatif à la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué Prévenar® 17 janvier 2003

### Considérant :

- l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 8 mars 2002 relatif à la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué Prévenar®,
- qu'après la primovaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar®, l'efficacité et la supériorité du rappel dans la deuxième année de vie par le vaccin anti-pneumococcique polysaccharidique 23-valent comparées à celles du rappel par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar® n'ont pas suffisamment été démontrées et doivent être confirmées par d'autres études permettant d'étendre l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) du vaccin anti-pneumococcique polysaccharidique 23-valent dans cette indication,

### Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France

- recommande que des études complémentaires soient conduites afin de voir si les résultats confirment les données

préliminaires et permettent une éventuelle extension de l'AMM du vaccin anti-pneumococcique polysaccharidique 23-valent dans l'indication du rappel dans la deuxième année de vie après la primovaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar®,

- dans l'attente, recommande après la primovaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar® un rappel au cours de la deuxième année de vie par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar®, selon les Résumés des Caractéristiques du Produit en vigueur.

Ces recommandations devront être réexaminées en fonction des résultats apportés par les études en cours et à venir à ce sujet.

**Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité,  
sans suppression ni ajout**