

## Introduction

En Belgique, le dernier cas de polio autochtone a été recensé en 1979, le dernier cas importé en 1989 et le dernier cas de paralysie flasque associée à la vaccination en 1999. En 2002, la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été certifiée indemne de poliomyélite. Le dernier cas de poliomyélite autochtone a été déclaré en novembre 1998 en Turquie. En 1988, l'OMS s'est fixé comme objectif l'éradication mondiale de la polio en 2005. L'objectif actuel d'interrompre la transmission du virus sauvage de la polio est fixé pour la fin de l'année 2014.

Introduite en Belgique en 1958, la vaccination contre la poliomyélite est rendue obligatoire en 1967. De 1967 à 2000, le vaccin oral vivant atténué (OPV) (Sabin) a été utilisé. Depuis janvier 2001, le vaccin imposé pour la vaccination obligatoire est le vaccin injectable inactivé renforcé (IPV) (Salk) (Arrêtés ministériels des 18 septembre et 10 octobre 2000). En effet, le Conseil estime que le rapport risque/bénéfice du vaccin polio oral (OPV) est défavorable en Belgique en raison, d'une part de l'absence de circulation du virus sauvage et, d'autre part du risque de paralysie flasque post-vaccinale. Par conséquent, le Conseil a proposé de remplacer l'administration orale du vaccin vivant atténué (OPV) par l'injection du vaccin polio inactivé (IPV), ce qui a été mis en application au 1er janvier 2001.

Malgré ces bonnes nouvelles liées à la vaccination systématique contre cette maladie grave, des données épidémiologiques récentes démontrent la nécessité de maintenir d'excellentes couvertures vaccinales, même dans les pays où la polio est absente depuis longtemps. En effet, entre 2003 et 2010, 1.000 à 2.000 cas ont encore été signalés chaque année. En 2011, il s'agissait de 650 cas. La majorité de ces cas se rencontrait dans des pays endémiques où la polio circule encore de manière active (Afghanistan, Nigéria et Pakistan).

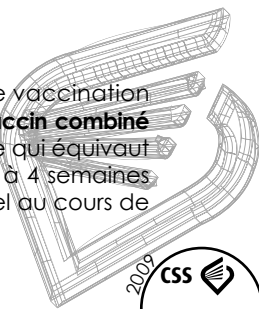
Un autre sujet d'inquiétude réside également dans l'existence de foyers dus à des poliovirus circulants dérivés d'une souche de vaccin vivant atténué redevenue neurovirulente à la suite de mutations dans les entérocytes. En 2011, outre les 650 cas de poliomyélite dus au virus sauvage, 67 cas de polio dus à une souche de vaccin oral circulant (OPV) ont été signalés dans le monde.

## Recommandations et schéma vaccinal

L'obligation légale actuelle de la vaccination contre la polio requiert l'administration de 3 doses de vaccin avant l'âge de 18 mois, deux au cours de la première année de vie et 1 au cours de la deuxième année de vie à l'aide du vaccin injectable inactivé renforcé (IPV) (Salk).

### *Schéma d'utilisation d'un vaccin combiné*

Afin de favoriser l'utilisation de vaccins combinés, le calendrier de vaccination recommande actuellement l'administration en i.m. de **4 doses d'un vaccin combiné (hexavalent)** contenant les trois souches de virus polio inactivées, ce qui équivaut à **4 doses du vaccin polio**. Trois doses de ce vaccin sont injectées à 4 semaines d'intervalle au cours de la 1ère année de vie et une dose de rappel au cours de la 2ème année de vie.



### *Schéma d'utilisation d'un vaccin monovalent*

Si l'on n'a pas recours à une combinaison vaccinale, le nombre de doses administrées du **seul vaccin polio inactivé** peut être **limité aux trois doses légalement obligatoires : 2 doses** avec un intervalle de 8 semaines au cours de la première année de vie, avec ensuite une troisième dose entre l'âge de 12 et 18 mois.

Un rappel reste préconisé à l'âge de 5-6 ans tant pour le vaccin combiné que pour le vaccin monovalent.

En Belgique, le vaccin oral vivant atténué est réservé uniquement au contrôle éventuel d'une épidémie. Même dans le contexte de la médecine du voyage, le vaccin polio oral n'est plus utilisé.

## Effets indésirables

### Vaccin monovalent

Une légère réaction érythémateuse au site d'injection accompagnée d'une fièvre modérée est parfois observée.

### Vaccin combiné

Une légère réaction érythémateuse au site d'injection accompagnée de fièvre et de somnolence est régulièrement observée.

Pour une description complète, nous nous référons à la notice pour le public de l'**AFMPS** et aux données générales du **CBIP** concernant les vaccins :

<http://www.fagg-afmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/notices/>

[http://www.cbip.be/GGR/Index.cfm?qgrWelk=/GGR/MPG/MPG\\_L.cfm](http://www.cbip.be/GGR/Index.cfm?qgrWelk=/GGR/MPG/MPG_L.cfm)

## Perspectives

L'utilisation systématique du vaccin polio injectable inactivé a permis de supprimer le risque de paralysie vaccinale liée à l'utilisation du vaccin vivant. La mise en place de dispositions légales et opérationnelles et l'utilisation de vaccins combinés ont permis d'éviter une diminution de la couverture vaccinale sans augmentation du nombre d'injections aux enfants.

La lutte en faveur de l'éradication mondiale de la poliomyélite doit se poursuivre dans notre pays, d'une part en y maintenant une couverture vaccinale élevée (> 95 %) et d'autre part en incitant les médecins à collaborer aux activités de surveillance des paralysies flasques aiguës mises en place par l'Institut Scientifique de Santé publique (ISP-WIV). Ce système a pour but d'identifier rapidement tout cas suspect ou importé de la maladie.

A l'approche de l'interruption mondiale de la circulation des poliovirus sauvages, une attention de plus en plus grande doit être accordée à la réduction maximale du risque de réintroduction accidentelle dans la population des virus sauvages. Dans ce cadre, la Belgique participe activement au plan d'action mondiale de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages encore détenus dans les laboratoires.

