

IMMUNISATION EN POST-EXPOSITION : VACCINATION ET IMMUNOGLOBULINES

IMMUNISATION POST-EXPOSITION COQUELUCHE

A titre individuel, seule l'**antibioprophylaxie** par **macrolides** est efficace en post-exposition.

Aucune étude ne met en évidence l'efficacité individuelle de la vaccination en post-exposition. De la même façon les immunoglobulines ne peuvent pas être utilisées en post-exposition.

Toutefois en collectivité, la mise à jour de la vaccination coquelucheuse garde son intérêt autour d'un ou plusieurs cas pour prévenir la maladie dans l'hypothèse d'une contamination ultérieure.

Sont considérés comme **protégés contre la coqueluche en cas de contagie** :

- les nourrissons ≤ 11 mois ayant reçu 2 doses de vaccin,
- les enfants > 11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin dont une dose de rappel et dernière dose < 5 ans,
- les adolescents > 16 ans et les adultes ayant reçu 1 dose < 5 ans, quel que soit le nombre de doses antérieures,
- les personnes ayant présenté une coqueluche documentée < 10 ans.

IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
-	Non disponible

VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
Oui, à visée collective: mise à jour de la vaccination en collectivité autour d'un ou plusieurs cas	<ul style="list-style-type: none"> - Enfant < 11 mois : 1 dose DTcaP si reçu 1 dose - Enfant âgé de 11 mois à 6 ans : 1 dose DTcaP si dernière dose de rappel > 5 ans - Personne ≥ 11-13 ans : <p>1 dose dTcaP si dernière dose > 5 ans et pour les personnes ayant présenté une coqueluche documentée > 10 ans</p>

IMMUNISATION POST-EXPOSITION HEPATITE A

La prévention de la transmission du virus de l'hépatite A (VHA) passe par les mesures suivantes :

- **identification** des cas,
- **évacuation** des collectivités des sujets atteints,
- **amélioration** des comportements d'hygiène,
- recours à la **vaccination** contre le VHA en post-exposition.

Pour réduire efficacement le risque épidémique, il est primordial de vacciner préventivement tous les voyageurs (sauf exception) qui vont séjourner dans les pays de haute endémicité et les enfants issus de l'immigration provenant de ces pays.*

IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
-	Non disponible

VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
<ul style="list-style-type: none"> - Entourage familial* d'un patient atteint d'HA (ou de toute personne vivant sous le même toit que le cas) - Communautés de vie en situation d'hygiène précaire, dès l'apparition du premier cas. (<i>Population exposée, définie par l'investigation épidémiologique</i>) <p>Survenue de cas d'HA dans une collectivité où le vaccin est recommandé (opportunité de vérifier le statut vaccinal et son éventuelle mise à jour) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - établissement pour personnes handicapées (<i>rechercher d'autres cas et mettre à jour la vaccination</i>) - crèches et établissements accueillant des jeunes enfants en garde collective (<i>rechercher d'autres cas et renforcer les mesures d'hygiène ou les mettre en place. Exclure l'enfant malade pendant 10 jours après le début de l'ictère. Mise à jour de la vaccination anti-HA du personnel</i>) - collectivités (crèche, garderie, école maternelle, établissement pour la jeunesse handicapée) accueillant des personnes ayant un risque accru d'HA (FR=âge, handicap) (<i>vaccination si situations exceptionnelles (si ≥ 2 cas), et application effective des mesures d'hygiène et de détection de nouveaux cas par l'ARS ± soutien de la CIRE.</i>) 	<p>Vaccins monovalents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forme adulte : Havrix 1440[®] UI/ml (GSK) ; Avaxim 160 U[®] (SPMSD) ; Vaqta 50 U[®] (SP MSD) - Forme pédiatrique : Havrix720[®] UI/ml (GSK) ; Avaxim 80 U[®] (SPMSD) ; - Vaccins combinés au vaccin hépatite B : Twinrix Adulte[®] ; Twinrix Enfant[®] - Vaccin combiné à la valence typhoïdique : Tyavax[®] <p>Elle doit être réalisée le plus tôt possible et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas*.</p> <p><i>*Une sérologie préalable (AC totaux anti VHA) est fortement recommandée sauf si la réalisation n'est pas compatible avec le délai de 14 jours, pour :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes nées avant 1945 ou - les personnes qui ont séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité ou - les personnes qui signalent un antécédent évocateur d'HA

IMMUNISATION POST-EXPOSITION HEPATITE B

La **prophylaxie** post-exposition au virus de l'hépatite B (VHB) repose sur les immunoglobulines spécifiques anti VHB ± associées à la vaccination.

Les **situations à risque de transmission** du VHB les plus fréquentes sont :

- les **AES** (liquide biologique ou contaminé par du sang, surtout chez les professionnels de santé),
- les expositions **sexuelles**,
- les accidents d'exposition chez les **usagers de drogue** ou par partage de matériel d'injection.

Les AES exposent à un risque de transmission du VHB mais aussi du VHC et du VIH.

IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
<ul style="list-style-type: none"> - Contamination accidentelle chez un sujet non immunisé - Immunoprophylaxie chez les hémodialysés - Nouveau-né de mère porteuse du VHB (<i>Sérovaccination dans les 12-24h après la naissance ou au mieux en salle de travail</i>) - Patients n'ayant pas développé de réponse immunitaire après vaccination et qui ont besoin de protection continue contre le VHB <p><i>En situation de post-exposition : le plus rapidement possible, de manière préférentielle dans les 24 à 72 h, au maximum une semaine après exposition.</i></p> <p><i>Pas de CI chez la femme enceinte ou allaitante.</i></p> <p><i>Si volumes nécessaires > 2 ml (enfant) ou > 5 ml (adulte), fractionner la dose et administrer en plusieurs sites. Si voie IM contre-indiquée (troubles de la coagulation) injecter par voie S/C (efficacité ?), en l'absence de produit par voie IV.</i></p>	<p>Ig polyvalente disponible à l'hôpital (AMM).</p> <p style="text-align: center;">IMMUNOGLOBULINE HUMAINE ANTI HEPATITE B 100 UI/1 ml, 500 UI/5ml <i>LFB-Biomédicaments</i></p> <p><u>Posologie en fonction des indications :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Contamination accidentelle chez un sujet non immunisé : 500 UI selon l'intensité de l'exposition (0,06 ml/kg chez l'adulte) - Hémodialysés : 8 à 12 UI/kg avec un maximum de 500 UI renouvelable tous les 2 mois jusqu'à séroconversion - Nouveau-né de mère porteuse du VHB : dès la naissance 30 à 100 UI/Kg (30 UI/kg chez le prématuré ou poids < 2 kg) (<i>à répéter jusqu'à séroconversion après la vaccination</i>) - Patients non répondeurs : 500 UI chez l'adulte et 8 UI/kg chez l'enfant tous les deux mois.

VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
<p>Personnes non à jour de leur vaccination en association avec les Ig spécifiques</p> <p><i>Rmq. : ne pas utiliser le vaccin HBVaxPro 5µg car trop peu dosé.</i></p> <p>Sujet dialysé ou en attente de dialyse (dose à 40 µg) :</p>	<p>- Schéma à 3 injections (M0, M1, M6)</p> <p>- Prématuré ou < 2 kg : 4 injections (M0, M1, M2, M6)</p> <p><i>Contrôler la séroconversion (AC anti HBs, AC anti HBc, Ag HBs) 1 à 4 mois après le rappel (au mieux au 9^e mois)</i></p> <p>M0, M1, M6 ou protocole accéléré J0, J7, J21, M12 (40 µg)</p>

Indication de la sérovaccination VHB en cas d'AES

Personne exposée	POSITIF	Statut VHB personne source (AgHBs)	
		INCONNU	
		Groupe à prévalence élevée*	Groupe à prévalence faible
EXPOSITION AU SANG			
Non vaccinés	Ig VHB + Vaccination	Vaccination	
Vaccinés non répondeurs	Ig HVB	Rien	
EXPOSITION SEXUELLE			
Non immunisés	Ig VHB + Vaccination	Vaccination	

*Groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VHB > 2 %, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale, IST associée, saignement).

Prise en charge après exposition au VHB de personnels de santé en fonction de leur statut vaccinal.

Statut vaccinal du professionnel de santé	Sérologie post-exposition		Prophylaxie post-exposition		Contrôle sérologique en post-vaccination
	Patiente source Ag Hbs	Dosage des AC anti HBs du prof. de santé	Ig VHB	Vaccination	
Réponse documentée après un schéma vaccinal complet	Aucune prophylaxie				
Non répondeur documenté après 6 doses	Positif / inconnu	-	1 dose Ig VHB	-	NON
	Négatif	Aucune prophylaxie			
Réponse inconnue après 3 doses	Positif / inconnu	< 10 UI/l	1 dose Ig VHB	Démarrer une revaccination	OUI
	Négatif	< 10 UI/l	NON		
	Quel que soit le statut	≥ 10 UI/l	Aucune prophylaxie		
Non vacciné ou incomplètement vacciné	Positif / inconnu	-	1 dose Ig VHB	Vaccination complète	OUI
	Négatif	-	NON	Vaccination complète	OUI

IMMUNISATION POST-EXPOSITION INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUE

La **prophylaxie** contre les IIM repose sur deux volets : l'**antibioprophylaxie** pour tous les sujets contacts identifiés (quel que soit leur statut vaccinal et quel que soit le sérotype) et la **vaccination**.

Un sujet contact est une personne ayant été exposée directement aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas **dans les 10 jours précédant son hospitalisation** (personnes qui vivent ou gardées sous le même toit que le cas index pdt sa période de contagiosité).

Dans les autres circonstances, l'évaluation du risque doit prendre en compte l'ensemble des critères suivants :

- la **proximité** : la transmission des sécrétions rhino-pharyngées est facilitée par une distance de moins d'un mètre,
- le **type de contact** : il s'agit uniquement de contacts en face à face,
- la **durée** : si < 1 m, la probabilité de transmission des sécrétions rhino-pharyngées augmente avec la durée du contact,
- lors d'un **contact intime** « bouche à bouche », la durée importe peu.

IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
Aucune	Non disponible

VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
Personnes contact d'un cas à méningocoque A, C, Y ou W.	Pour les contacts âgés de 1 an et plus : 1 dose (cf. AMM)

Sérotype du cas index	Contact sans antécédent de vaccination	Contact avec antécédent de vaccination contre le sérotype correspondant au cas index
IIM C	Vaccin conjugué C A partir de 2 mois Nourrisson < 12 mois : M2, M4 M12 Nourrisson > 12 mois : 1 injection	Si vacciné depuis plus de 5 ans avec un vaccin conjugué - rappel si âge < 5 ans à la 1 ^{ère} vaccination - pas d'injection si âge > 5 ans à la 1 ^{ère} vaccination
		Si vacciné < 5 ans avec un vaccin conjugué : pas de rappel
		Si vacciné > 3 ans avec un vaccin non conjugué (A+C ou ACYW) : Revaccination (une dose de vaccin conjugué C)
IIM A	De 6 mois à 11 mois Vaccin non conjugué A+C*	
	À partir de 12 mois Vaccin conjugué ACYW	À partir de 12 mois - rappel si vacciné > 3 ans avec vaccin non conjugué (une dose de vaccin conjugué ACYW) - pas de rappel si vacciné avec ACYW conjugué
IIM Y ou W	A partir de 12 mois Vaccin conjugué ACYW	A partir de 12 mois Rappel si vacciné depuis plus de trois ans avec un vaccin non conjugué (une dose de vaccin conjugué ACYW)
IIM B	Pas de vaccination sauf recommandation particulière ¹	La vaccination contre les IIM de sérotype B est recommandée pour des populations cibles uniquement dans le cadre de situations spécifiques notamment épidémique et d'hyperendémie ² .

* En cas d'utilisation du vaccin bivalent, attendre 3 ans avant de vacciner par le vaccin conjugué C ou ACYW. 1 cf. avis du HCSP du 25 octobre 2013 relatif à l'utilisation du Bexsero®.

2 Instruction n° DGS/RI1/DUS/2014/301 du 24 octobre 2014 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoques.

IMMUNISATION POST-EXPOSITION RAGE

Le traitement local des lésions est le préalable urgent et essentiel : lavage et déterSION des lésions (eau et savon), désinfection (chlorhexidine, dérivés iodés...), parage et sutures si le préjudice est fonctionnel ou esthétique. La prophylaxie antirabique post-exposition (PPE) comprend une série d'injections de vaccin associé dans certains cas à une sérothérapie.

Catégorie	Nature du contact avec un animal sauvage ^a ou domestique présumé enragé, ou dont la rage a été confirmée, ou encore un animal qui ne peut pas être placé en observation	Traitement recommandé
I	Contact ou alimentation de l'animal Léchage sur peau intacte (càd : pas d'exposition)	Aucun si une anamnèse fiable peut être obtenue
II	Mordillage de la peau découverte Griffures bénignes ou excoriations, sans saignement	Administrer le vaccin immédiatement. Arrêter le traitement si l'animal est en bonne santé après 15 jours d'observation ^c ou si après euthanasie la recherche de la rage par les techniques de laboratoire appropriées est négative
III	Morsure(s) ou griffure(s) ayant traversé le derme, contamination des muqueuses par la salive après léchage, léchage d'une peau érodée, exposition à des chauves-souris	Administrer immédiatement immunoglobulines + vaccin antirabique ^b . Arrêter le traitement si l'animal est en bonne santé après 15 jours d'observation ^c ou si après euthanasie, la recherche de la rage par les techniques de laboratoire appropriées est négative

a Un contact avec des rongeurs, des lapins ou des lièvres n'exige pour ainsi dire jamais de traitement antirabique spécifique.

b S'il s'agit d'un chat ou d'un chien apparemment en bonne santé résidant dans un secteur à faible risque ou en provenant, et qu'il est placé en observation, on pourra alors retarder la mise en route du traitement.

c Cette durée d'observation ne s'applique qu'aux chats et aux chiens. A l'exception des espèces en voie de disparition ou menacées, les animaux domestiques et les animaux sauvages présumés enragés seront euthanasiés et leurs tissus examinés par les techniques de laboratoire appropriées. La durée d'observation a été allongée de 10 à 15 jours selon la législation française

IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
<p>Prophylaxie post-exposition de la rage chez les sujets pour lesquels on suspecte une exposition au virus de la rage, en particulier une exposition grave.</p> <p><i>Les immunoglobulines sont administrées au mieux en même temps que la première injection de vaccin. Elles ne peuvent plus être injectées après le 7e jour du traitement vaccinal.</i></p> <p><i>*Rmq : possible augmentation du risque de réactions allergiques après administration de protéines hétérologues.</i></p>	<p>Ig disponible uniquement dans les centres ou antennes antirabique (AMM).</p> <p style="text-align: center;">IMOGAM RAGE 150 UI/ml <i>Ig anti-rabique d'origine humaine</i> Solution injectable à 20 UI/kg infiltration autour et dans les blessures. Le surplus administré par voie IM (<i>cuisses</i>)</p> <p style="text-align: center;">FAVIRAB 200-400 UI/ml <i>Ig anti-rabique d'origine équine*</i> Solution injectable à 40 UI/kg infiltration autour et dans les blessures. Le surplus administré par voie IM</p> <p><i>Si morsure étendue, diluer les Ig avec du sérum physiologique pour optimiser l'injection au niveau des plaies.</i></p>

VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
<p>Le plus rapidement possible après exposition au risque au centre antirabique. <i>Poursuite de la PPE dans les CAR ou les AAR.</i></p> <p>CAT si exposition aux virus des chiroptères pour les chiroptérologues déjà vaccinés préventivement :</p> <p>^(a) résultat sérologique (<i>antérieur < 1 an</i>) \geq à 1 UI/ml :</p> <p>^(b) pas de résultat sérologique ou taux < 1 UI/ml :</p> <p>AAR Antenne antirabique CAR Centre antirabique</p>	<p>Personnes non antérieurement vaccinées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - protocole Essen : J0, J3, J7, J14, J28 ou - protocole Zagreb : 2(J0), J7, J21 <p>Personnes antérieurement vaccinées : 2 doses à J0-J3</p> <p>^(a) 1 dose à J0 + contrôle sérologique à J15 ;</p> <p>^(b) 2 doses (J0 - J3) + dosage AC antirabiques à J7 pour poursuite ou non du protocole :</p> <p style="padding-left: 40px;">si < 1 UI/ml, poursuivre PPE + contrôle sérologique à J15 après la fin du traitement.</p>

Rmq. : l'administration d'immunoglobulines antirabiques peut interférer avec la mise en place de la réponse immunitaire dirigée contre les vaccins à virus vivants atténués tels que les virus de la rubéole, des oreillons, de la varicelle et ce pendant une période pouvant aller jusqu'à trois mois, voire quatre mois pour le virus de la rougeole. Si le patient a reçu des vaccins vivants atténués au cours des deux semaines précédentes, un contrôle des taux d'Ac protecteurs post vaccinaux peut s'avérer utile afin de déterminer si une dose vaccinale supplémentaire est nécessaire.

IMMUNISATION POST-EXPOSITION ROUGEOLE

La prophylaxie post-exposition de la rougeole repose sur deux méthodes : la vaccination ou l'administration d'immunoglobulines polyvalentes.

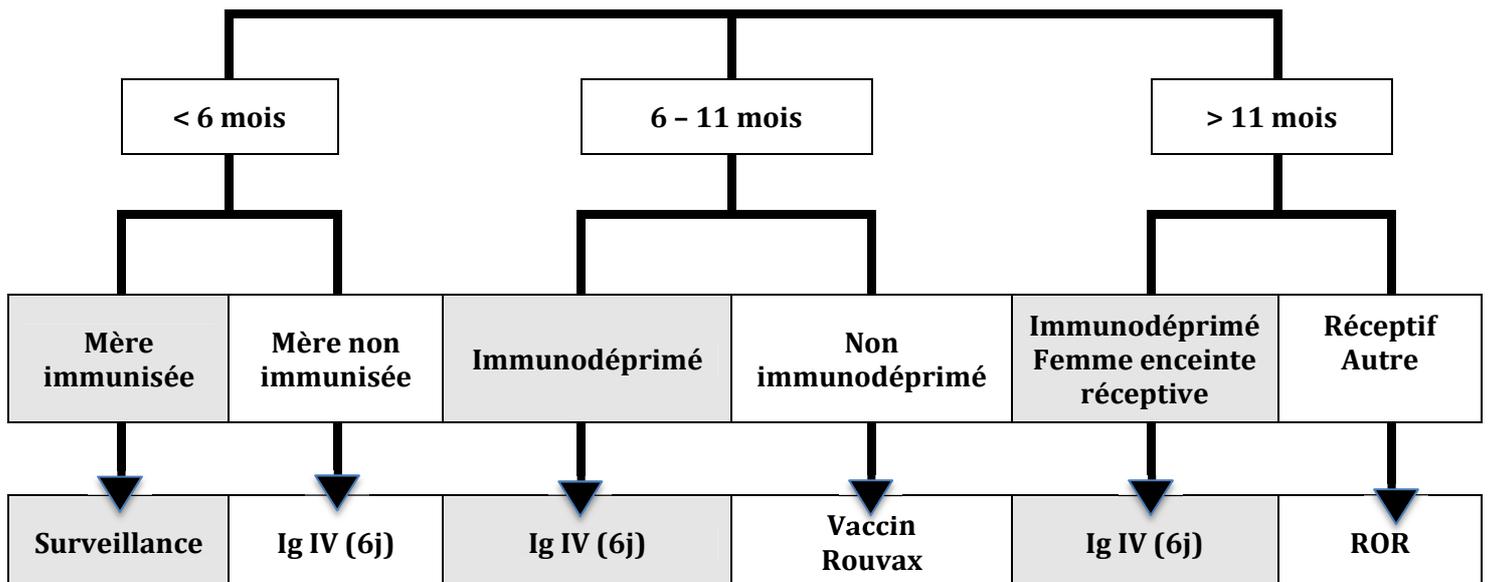
IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
<p>Dans les 6 j suivant le contage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nourrissons < 6 mois nés de mère non immune, - nourrissons âgés de 6 à 11 mois n'ayant pu être vaccinés dans les délais, - personnes immunodéprimées (quel que soit le statut vaccinal et les antécédents), - femmes enceintes non vaccinées et sans antécédents de rougeole. <p><i>Pour les personnes ayant reçu des Ig en prophylaxie post-exposition de la rougeole respecter un délai de 9 mois pour la vaccination ROR. Ce délai peut être porté à 12 mois pour les nourrissons ayant reçu des doses élevées d'Ig (2g/kg) telles qu'utilisées pour traiter la maladie de Kawasaki.</i></p>	<p>Ig polyvalente disponible à l'hôpital (PTU).</p> <p style="text-align: center;">GAMMAGARD 50 mg/ml KIOVIG 100 mg/ml TEGELINE 50 mg/ml CLAIRYG 50 mg/ml PRIVIGEN 100 mg/ml OCTAGAM 100 mg/ml</p> <p style="text-align: center;">Posologie : 200 mg/kg en IV</p> <p><i>Rmq : Si une femme accouche moins de 10 j après avoir déclaré une rougeole, administrer les immunoglobulines pour le nouveau-né dès la naissance.</i></p> <p><i>PTU = protocole temporaire d'utilisation</i></p>

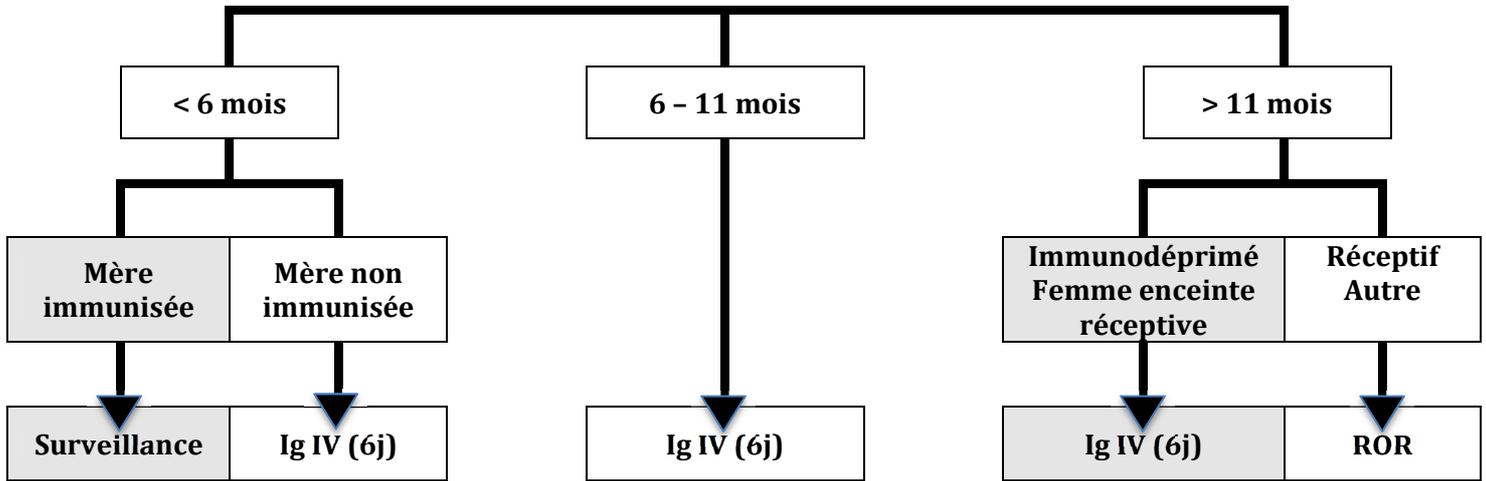
VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
<p>Vacciner les sujets contacts (> 6 mois) réceptifs dans les 72 heures suivant le contact.</p> <p><i>La vaccination reste préconisée même au-delà d'un délai de 72 h</i></p>	<p>Sujet contacts réceptifs à partir de l'âge de 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - contacts ≥ 6 mois – < 1 an : 1 dose de vaccin monovalent* - contacts > 1an : 1 dose de vaccin trivalent ROR <p><i>* L'enfant recevra après l'âge de 1 an les deux doses de vaccin trivalent selon le calendrier vaccinal en cours.</i></p>

Prophylaxie post exposition contact ≤ 72 h



Prophylaxie post exposition contact > 72 h



Immunisée : vaccinée à 2 doses ou antécédents documentés de rougeole

Réceptive : pas d'antécédent documenté de vaccination ou de rougeole

Ig IV polyvalentes ayant une indication dans la prophylaxie des sujets à risque après exposition à un cas confirmé de rougeole dans le cadre d'un protocole temporaire d'utilisation

Spécialités	Indications	Remarques
GAMMAGARD 50 mg/ml pdre et sol pr sol pr perf 0,5g (10ml), 2,5g (50ml), 5g (100ml) et 10g (200 ml) <i>Baxter</i>	Indications dans le cadre d'un protocole temporaire d'utilisation : Prophylaxie des sujets à risque après exposition à un cas confirmé de rougeole Indications de l'AMM - traitement de substitution dans déficits immunitaires primitifs (en particulier avec hypogammaglobulinémie) - infections bactériennes récidivantes chez l'enfant infecté par le VIH - déficits immunitaires secondaires (leucémie lymphoïde chronique ou myélome ou allogreffe de CSH) - traitement immunomodulateur (Purpura thrombopénique idiopathique, Neuropathie motrice multifocale, Guillain Barré, Polyradiculonévrites inflammatoires démyélinisantes chroniques)	Pauvre en IgA (0,44 µg/g d'IgG) : indications réservées aux patients qui ont des déficits en IgA avec AC anti-IgA. Disponibilité : Hôpital
KIOVIG 100 mg/ml sol pr perf 1g (10ml), 2,5g (25ml), 5g (50ml), 10g (100ml) et 20g (200 ml) <i>Baxter</i>		Teneur en IgA de 1,42 mg/g d'IgG donc CI chez les patients qui ont des déficits en IgA avec AC anti-IgA. Disponibilité : Hôpital
TEGELINE 50 mg/ml pdre et solv pr sol pr perf 0,5g (10ml), 2,5g (50ml), 5g (100ml) et 10g (200 ml) <i>LFB-Biomédicaments</i>		Sucre: Saccharose à la concentration de 2g/g d'IgG. A prendre en compte chez les patients diabétiques et les insuffisants rénaux. Teneur en IgA de 17mg/g d'IgG donc CI chez les patients qui ont des déficits en IgA avec AC anti-IgA. Disponibilité : Hôpital
CLAIRYG 50 mg/ml solution pour perfusion (20ml, 50ml, 100ml, 200ml, 400ml) <i>LFB-Biomédicaments</i>		Teneur en IgA de 0,46 mg/g d'IgG donc CI chez les patients qui ont des déficits en IgA avec anticorps anti-IgA. Disponibilité : Hôpital
PRIVIGEN 100mg/ml solution pour perfusion (25ml, 50ml, 100ml, 200ml) <i>CSL Behring</i>		Teneur en IgA de 0,25 mg/g d'IgG donc CI chez les patients qui ont des déficits en IgA avec Ac anti IgA. Disponibilité : Hôpital
OCTAGAM 100 mg/ml sol pr perf (20ml, 50ml, 100ml, 200ml) <i>Octapharma</i>		Teneur en IgA de 4,2 mg/g d'IgG donc CI chez les patients qui ont des déficits en IgA avec Ac anti IgA. Disponibilité : Hôpital

CI contre indiqué

IMMUNISATION POST-EXPOSITION RUBEOLE

L'élimination de la rubéole grâce à la couverture vaccinale adaptée contre les trois maladies représente la seule solution raisonnable à cette problématique.

IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
Aucune prophylaxie post-exposition n'est recommandée	

VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
Aucune prophylaxie post-exposition n'est recommandée	

IMMUNISATION POST-EXPOSITION OREILLONS

Tout cas d'oreillon doit être l'opportunité de vérifier le statut de l'entourage vis-à-vis de cette maladie.

IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
-	Aucune

VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
Prophylaxie contre les oreillons uniquement en situation de cas groupés en collectivité (<i>école, université, internat, caserne, club sportif...</i>). <i>(*Périmètre d'application de cette mesure à déterminer localement en fonction des caractéristiques de la collectivité et des groupes de personnes affectées)</i>	Pour les contacts ≥ 1 an n'ayant pas reçu 2 doses de ROR : mise à jour du statut vaccinal à 2 doses de vaccin trivalent. Pour ceux dont la 2^e dose remonte à plus de 10 ans : une éventuelle 3 ^e dose*.

IMMUNISATION POST-EXPOSITION TETANOS

Le risque de tétanos est majoré en cas de prise en charge tardive d'une plaie. Outre le **nettoyage**, la **désinfection** et le **parage** de la plaie, la mise sous **antibiothérapie** éventuelle, administrer la dose d'**anatoxine** selon les situations suivantes :

Type de blessure	Personne à jour des vaccins selon le calendrier vaccinal en vigueur ⁽¹⁾	Personne non à jour des vaccins
Mineure, propre	Pas d'injection Préciser la date du prochain rappel	Une dose de vaccin avec la valence tétanique Proposer si nécessaire un programme de mise à jour et préciser la date du rappel
Majeure ⁽²⁾ ou susceptible d'avoir été contaminée par des germes d'origine tellurique	Pas d'injection Préciser la date du prochain rappel	Ig tétanique humaine 250 UI dans un bras Administration dans l'autre bras du vaccin avec la valence antitétanique Proposer le programme de mise à jour et préciser la date du rappel

(1) Personnes < 65 ans ayant reçu une dose de vaccin avec une valence T < 20 ans. Personnes ≥ 65 ans ayant reçu une dose de vaccin avec une valence T < 10 ans.

(2) Plaie majeure : plaie étendue, pénétrante, avec corps étranger ou traitée tardivement.

IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
Situation à risque élevé de tétanos ou chez les personnes non vaccinées . Prophylaxie du tétanos en cas de plaie souillée chez les sujets dont la vaccination est incomplète , trop ancienne ou inconnu . Traitement du tétanos déclaré . <i>Rmq. : *risque de réactions allergiques après administration de protéines hétérologues.</i>	Ig spécifique disponible à l'hôpital et en ville (AMM) GAMMATETANOS 250 UI/2 ml Solution injectable : 1 dose en IM <i>La dose peut être doublée chez les patients avec un poids > 80 kg ou si la blessure remonte à plus de 24h</i> Ig d'origine équine* disponible à l'hôpital (AMM). IMMUNOGLOBULINE EQUINE TETANIQUE PASTEUR 1500 UI/1 ml Solution injectable : 1 dose en IM

VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
Si vaccination non à jour. **Privilégier les vaccins combinés.	Personnes < 65 ans : **1 dose T ou dTP ou dTcaP si dernier rappel > 25 ans Personnes ≥ 65 ans : **1 dose T ou dTP ou dTcaP si dernier rappel > 15 ans

IMMUNISATION POST-EXPOSITION VARICELLE ou ZONA

Le risque de varicelle grave motive une immunisation en post exposition sans attendre le résultat de la sérologie (sauf si possibilité de résultat en moins de 24h).

La décision d'administrer un traitement en post-exposition dépendra de plusieurs facteurs : immunité du patient vis à vis du VZV ;² risque d'infection selon la nature du contact ;² existence d'un risque de complication plus élevé que celui de la population générale ; efficacité et la tolérance de l'immunisation post-exposition.

Décision d'immunisation sur interrogatoire :

- (1) pas d'antécédent de varicelle (ou histoire douteuse) ou pas de vaccination,
- (2) confirmation d'un contact face à face pendant 5 min (pas de délai pour les personnes à haut risque), avec un patient atteint de varicelle ou de zona,
- (3) contact récent < 3 jours si on envisage la vaccination post exposition (ou < 5 j au cas/cas),
- (4) contexte de varicelle grave :
 - adultes dont femmes enceintes et adolescents > 12 ans,
 - toute immunodépression constitutionnelle et acquise,
 - nouveau-né dont la mère a présenté un varicelle 5 j (jusqu'à 7 j) avant à 2 j après l'accouchement,
 - nouveau-nés prématurés hospitalisés.

Possible sérologie avant vaccination pour les immunocompétents. Pas de 2^e dose si résultat positif.

IMMUNOGLOBULINES

Indication	Disponibilité et protocole
<p>(1) Si CI au vaccin :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes immunodéprimées quels que soient les antécédents, ▪ Femmes enceintes non immunisées quel que soit le terme de la grossesse, ▪ Nouveau-né dont la mère a présenté une varicelle périnatale (-5j +2j / accouchement), ▪ Nouveau-nés prématurés hospitalisés : <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 28 sem. aménorrhée si mère non immunisée, - < 28 sem. aménorrhée ou < 1 kg quelle que soit l'immunité de la mère car absence de passage transplacentaire d'AC maternels. <p>(2) ou si après 5 jours</p>	<p>Ig Spécifique disponible à l'hôpital (ATU).</p> <p style="text-align: center;">VARITECT CP 25 UI/ml</p> <p style="text-align: center;">Flacon de 125 UI/5ml, 500 UI/20ml, 1250 UI/50ml Solution injectable : 0,2 à 1ml/kg IV, selon le niveau d'exposition</p> <p>ATU nominative dans les 4 jours suivant l'exposition remplit par la Pharmacie à usage intérieur (PUI) et le médecin (cf. ATU sur www.ansm.fr). En dehors des jours ouvrables contacter l'ansm au 01 55 87 30 00.</p> <p>A défaut Immunoglobuline polyvalentes. 200 mg/kg en IV</p>

VACCINATION

Indication	Schéma vaccinal
<p>Dans les 3 à 5 jours suivant l'exposition :</p> <p>Adolescents > 12 ans et adultes immunocompétents non immunisés</p>	<p>1 dose S/C 2^e dose (Varivax®) 4 à 6 sem. ou (Varilrix®) 6 à 10 semaines plus tard</p>