

L'auteur de l'éditorial fait remarquer que les enfants, chez qui une hypotonie et une hyporéactivité sont survenues, se sont développés ensuite normalement, de sorte que le risque non négligeable de coqueluche doit être mis en balance avec le faible risque de réapparition d'une réaction après une vaccination ultérieure.

L'auteur conclut qu'on dispose de plus en plus d'arguments montrant que, chez la plupart des enfants ayant présenté antérieurement une réaction au vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, le schéma de vaccination peut être achevé normalement [n.d.l.r.: la poursuite de la vaccination est toutefois contre-indiquée en cas de réaction anaphylactique à l'un des composants du vaccin]. Avec le vaccin acellulaire, les réactions graves après une première dose sont rares, et les doses suivantes de ce vaccin seraient sûres. Bien que les résultats de l'étude néerlandaise indiquent que la vaccination par le vaccin cellulaire peut aussi être poursuivie normalement, l'auteur de l'éditorial recommande cependant d'utiliser le vaccin acellulaire qui entraîne moins de réactions.

D'après M. Ramsay: Time to review policy on contraindications to vaccination. *The Lancet* **356**, 1459-1460 (2000)

Note de la rédaction

Etant donné le risque moindre d'effets indésirables, la Communauté française et la Communauté flamande en Belgique ont opté pour l'utilisation, à partir du 1^{er} janvier 2001, du vaccin acellulaire contre la coqueluche pour les vaccinations chez l'enfant. Le vaccin acellulaire contre la coqueluche en association avec le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite peut être demandé par le médecin aux Inspections d'hygiène de la Communauté française et aux *provinciale equipes* de la Communauté flamande [voir aussi Folia de janvier 2001].

EN BREF

- Le *Lancet* [**355**, 610-613 (2000)] a publié récemment les résultats d'une étude rétrospective sur le **risque de diabète chez des enfants et adolescents traités par l'hormone de croissance**. Les résultats montrent que le risque de diabète de type 1 n'est pas accru mais que le risque de diabète de type 2 est 6 fois plus élevé chez les enfants et adolescents traités par l'hormone de croissance que chez ceux non traités. L'auteur d'un commentaire [*Lancet* **355**, 589-590 (2000)] estime que ces résultats ne puissent être extrapolés directement à l'adulte, ils reposent la question du rapport bénéfices/risques du traitement par l'hormone de croissance chez l'adulte (voir aussi Folia de mai et de novembre 1999). Seules des études randomisées prospectives à grande échelle et de longue durée permettront d'y répondre.