

## – Partie 4 –

# Produits d'immunisation passive

L'administration d'anticorps préformés d'origine humaine ou animale peut offrir une protection contre certaines infections ou en réduire la gravité. Il existe deux types de préparations, l'immunoglobuline humaine ordinaire (IG), souvent appelée «immunoglobuline sérique» ou «gammaglobuline», et les préparations spéciales de sérum humain ou animal contenant des titres élevés d'anticorps spécifiques dirigés contre un micro-organisme particulier ou sa toxine, comme l'immunoglobuline antitétanique. Il est préférable d'utiliser les immunoglobulines d'origine humaine à cause de la fréquence des effets secondaires provoqués par les sérums d'origine animale et de la protection plus durable qu'elles confèrent.

L'immunisation passive devrait être envisagée quand il n'existe pas de vaccins permettant l'immunisation active ou quand les vaccins existants sont contre-indiqués, ou chez les personnes exposées à un agent infectieux qui n'ont jamais été vaccinées, par exemple, une personne jamais vaccinée contre le tétanos et ayant une plaie susceptible d'être contaminée par le bacille tétanique. Dans ce dernier cas, on a recours à l'immunisation passive en association avec l'anatoxine pour assurer une protection immédiate (offerte par l'immunisation passive) et une protection durable. L'immunisation passive peut également être utile chez les personnes immunodéprimées qui ne peuvent développer une réponse immunitaire à un vaccin. La protection offerte par les agents d'immunisation passive peut être incomplète et d'une durée relativement courte.

Les lignes directrices qui suivent portent surtout sur l'utilisation préventive des immunoglobulines. Leur utilisation thérapeutique ne sera abordée que sommairement.

Il faut expliquer les risques et les bienfaits de tous les agents immunisants, y compris des produits qui sont dérivés du sang, avant leur administration et consigner le numéro de lot dans le dossier.

## Immunoglobuline humaine

L'immunoglobuline (IG) se présente sous la forme d'une solution concentrée stérile contenant entre 100 g/L et 180 g/L (10 % à 18 %) de protéines et du thimérosal comme agent de conservation. Elle est obtenue à partir d'un pool de plasmas humains et contient surtout des IgG de même qu'une petite quantité d'IgA et d'IgM. L'activité de chaque lot du produit est contrôlée au moyen d'étalons internationaux et de préparations de référence pour au moins deux anticorps différents, l'un bactérien et l'autre viral. Conservée à des températures de 2 °C à 8 °C, l'IG reste stable pendant de longues périodes. Les taux plasmatiques maximaux sont atteints environ 2 jours après l'injection par voie intramusculaire, et la demi-vie dans la circulation sanguine du receveur varie entre 21 et 27 jours.

L'immunoglobuline intraveineuse (IGIV) est une préparation qui contient 50 g/L (5 %) de protéines et du maltose, du sucrose ou de la glycine comme agent stabilisateur. On l'utilise pour l'immunisation passive continue des patients présentant certains déficits congénitaux ou acquis de l'immunité humorale ou atteints de certaines maladies. **Nous n'entendons pas présenter ici une étude détaillée de l'IGIV.** Le lecteur est prié de consulter les sources d'information pertinentes de même que la notice du fabricant.

## Indications

Il a été établi que l'usage prophylactique de l'IG est efficace dans un certain nombre de situations cliniques. Les doses couramment recommandées sont utilisées dans les situations suivantes (la dose peut cependant varier selon le fabricant et il faut suivre les recommandations qui figurent sur la notice à l'intérieur de l'emballage).

### 1. Rougeole

On peut administrer l'IG à un sujet réceptif pour prévenir la rougeole ou en modifier l'évolution dans les 6 jours qui suivent une exposition. Pour prévenir la maladie, elle doit être administrée le plus tôt possible, de préférence dans les 3 jours suivant l'exposition. La dose recommandée est de 0,25 mL/kg de poids corporel jusqu'à concurrence de 15 mL. La dose d'IG pour les sujets souffrant d'une affection maligne concomitante ou d'un autre type de déficit immunitaire sera de 0,5 mL/kg et la dose maximale sera de 15 mL.

On doit envisager l'administration d'IG aux contacts réceptifs des cas de rougeole, particulièrement aux enfants de < 1 an et aux personnes immunodéprimées pour qui le vaccin contre la rougeole est contre-indiqué. On peut également considérer l'usage de l'IG chez les personnes immunocompétentes réceptives qui consultent entre 4 et 6 jours après une exposition, c'est-à-dire trop tard pour être vaccinées. Si la maladie clinique ne se développe pas chez une personne qui a reçu ce produit, le vaccin contre la rougeole devrait être administré 5 mois plus tard, à condition que le sujet soit âgé de  $\geq 1$  an et qu'il n'y ait pas de contre-indication.

On ne doit pas utiliser l'IG pour tenter de circonscrire les éclosions de rougeole.

### 2. Hépatite A

Le vaccin contre l'hépatite A est la meilleure prophylaxie pré-exposition contre l'hépatite A. L'IG protège contre l'hépatite A lorsqu'elle est administrée par voie intramusculaire avant l'exposition ou durant la période d'incubation. Son efficacité relative dépend du moment de l'administration et de la dose. L'IG peut être indiquée si le vaccin n'est pas accessible ou s'il est trop coûteux, si le sujet est âgé de < 1 an ou s'il s'agit d'une personne immunodéprimée qui peut ne pas développer de réponse immunitaire au vaccin ou chez une personne pour qui l'administration du vaccin est contre-indiquée (voir le chapitre sur l'hépatite A à la page 135).

La dose d'IG recommandée varie selon la durée de la protection requise. Elle varie aussi selon le fabricant; avant de l'administrer, il faut donc consulter la notice dans

l'emballage. En général, pour une protection d'une durée de < 3 mois, la dose est de 0,02 mL/kg; pour > 3 mois, une dose de 0,06 mL/kg devrait être administrée; pour > 5 mois, il convient de répéter la dose de 0,06 mL/kg tous les 5 mois. Pour la prophylaxie post-exposition, la dose d'IG est habituellement de 0,02 mL/kg. L'IG utilisée à des fins prophylactiques devrait être administrée le plus tôt possible après l'exposition, car son efficacité est très réduite si elle est reçue plus de 2 semaines après l'exposition.

### 3. Rubéole

Administrée peu après une exposition, l'IG peut atténuer ou supprimer les symptômes de la rubéole, mais il n'est pas certain qu'elle prévienne l'infection ou la transmission congénitale. C'est pourquoi on ne recommande pas l'administration systématique d'IG aux femmes réceptives exposées à la rubéole au début de leur grossesse.

On peut administrer une dose de 0,55 mL/kg par voie intramusculaire dans les 48 heures suivant l'exposition. On recherchera les anticorps contre la rubéole dans le sérum avant l'administration d'IG et pendant plusieurs mois par la suite afin de déterminer si la personne a contracté l'infection.

### 4. Hépatite C

L'administration d'IG n'est pas une méthode efficace de prévention ou de traitement de l'hépatite C et ne doit donc pas être utilisée.

## Innocuité des préparations d'IG

Les préparations d'IG humaine comptent parmi les produits dérivés du sang les plus sûrs sur le marché. Le plasma des donneurs qui sont positifs à l'égard de l'antigène de surface de l'hépatite B, du VIH ou du virus de l'hépatite C est rejeté. Comme pour d'autres dons de sang et d'organes, les sujets qui présentent des risques connus d'infection par des agents pathogènes transmissibles par le sang ne sont pas autorisés à donner du plasma pour la préparation d'IG. La méthode de préparation englobe une ou plusieurs étapes qui excluent les dons contaminés par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et le VIH ou qui inactivent ces virus. Aucun cas de transmission de l'hépatite B, de l'hépatite C, du VIH ni d'autres agents infectieux n'a été signalé après l'injection intramusculaire d'IG. Il y a cependant eu quelques rares cas de transmission de l'hépatite B ou de l'hépatite C imputables à l'usage de certaines préparations d'IG intraveineuses n'ayant pas été soumises aux procédés d'inactivation qui sont maintenant obligatoires au cours du processus de fabrication.

## Effets secondaires

Parmi les réactions locales, on observe parfois une douleur, un érythème ainsi qu'une raideur musculaire autour du point d'injection. Ces réactions peuvent persister pendant quelques heures. On notera parfois une légère fièvre et un certain malaise. Les effets secondaires plus rares englobent les bouffées vasomotrices, les céphalées, les frissons

et les nausées. Dans de rares cas, il peut survenir des réactions de type anaphylactique après l'administration répétée de ces préparations.

## Contre-indications

Il ne faut pas administrer de l'IG aux personnes souffrant d'un déficit isolé en IgA ou d'une allergie connue au thimérosal, un agent de conservation dérivé du mercure. L'usage d'IG ou d'autres immunoglobulines n'est pas contre-indiqué durant la grossesse.

## Précautions

Les préparations qu'on trouve actuellement sur le marché, à l'exception de l'IGIV, ne doivent pas être administrées par voie intraveineuse en raison du risque de réactions anaphylactiques rares.

Les doses importantes qui doivent être administrées par voie intramusculaire doivent être fractionnées et injectées à au moins deux sites anatomiques différents.

Les personnes qui présentent une thrombocytopénie sévère ou des troubles de la coagulation qui sont une contre-indication des injections intramusculaires ne doivent pas recevoir d'IG par cette voie à moins que les avantages prévus ne l'emportent sur les risques.

L'administration d'IG peut entraver temporairement la réponse immunitaire au vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Le lecteur est prié de se reporter au tableau 7 à la page 37 pour obtenir des recommandations spécifiques concernant l'intervalle recommandé entre l'administration d'IG et ces vaccins.

Rien n'indique que l'administration d'immunoglobulines atténue la réponse aux vaccins inactivés, aux anatoxines ou aux vaccins vivants suivants : vaccin contre la fièvre jaune et préparations orales contre la typhoïde, le choléra ou la poliomyélite.

## Immunoglobulines spécifiques

Les immunoglobulines spécifiques sont préparées à partir d'un pool de sérum humain contenant des anticorps dirigés contre l'agent infectieux spécifique. On peut également utiliser des sérums animaux, habituellement de chevaux qui sont hyperimmunisés contre un micro-organisme précis, si l'on ne dispose pas de sérums humains. Il est recommandé d'utiliser autant que possible l'immunoglobuline humaine à cause du risque relativement élevé de maladie sérique associée à l'administration de produits d'origine animale. *Il faut procéder à des épreuves d'hypersensibilité, conformément aux recommandations du fabricant, avant d'administrer des immunoglobulines d'origine animale.* Il est difficile d'avoir accès à bon nombre des produits suivants et, dans certains cas, une demande d'accès spécial est requise. Il faut alors communiquer avec les services locaux et provinciaux de santé publique pour les obtenir plus facilement.

## 1. Antitoxine botulinique (équine)

Il existe des préparations d'antitoxine trivalentes (types A, B et E) et monovalentes (type E), contenant toutes du phénol comme agent de conservation, qui peuvent être utilisées en cas d'urgence (consulter le service local de santé publique). On les utilise à des fins prophylactiques chez des personnes qui ont consommé des aliments vraisemblablement contaminés par la toxine botulinique, et à titre thérapeutique chez les cas déclarés ou suspects de botulisme. Le botulisme de type E est le plus souvent lié à la consommation de poisson ou de produits de poisson crus ou de chair de mammifères marins, dont la baleine et le phoque. L'anatoxine monovalente de type E ne doit être utilisée que si l'on croit que ces aliments représentent la cause la plus probable de l'intoxication ou si des tests de laboratoire ont permis d'établir qu'il s'agit bien de la toxine de type E.

Dans les populations qui risquent de subir des expositions répétées à la toxine botulinique en raison de leurs habitudes alimentaires particulières, l'usage répété d'antitoxines à des fins prophylactiques peut faire augmenter le nombre de réactions graves. Il faut donc agir avec prudence lorsqu'on utilise l'antitoxine botulinique en pareilles circonstances, même si les épreuves préliminaires de sensibilité se révèlent négatives.

## 2. Antitoxine diphtérique (équine)

Cette préparation, qui contient également du phénol comme agent de conservation, peut être utilisée en cas d'urgence (consulter le service local de santé publique) pour le traitement de la maladie. On doit administrer l'antitoxine diphtérique sans attendre la confirmation bactériologique lorsque le tableau clinique évoque la diphtérie. La méthode de détermination de la sensibilité au sérum équin de même que la posologie et la voie d'administration sont indiquées sur la notice du fabricant. L'administration par voie intramusculaire suffit habituellement, mais il faut parfois recourir à la voie intraveineuse. Si les épreuves de sensibilité sont positives, on devra entreprendre une désensibilisation conformément aux recommandations du fabricant.

Étant donné le risque élevé de réaction allergique au sérum équin, l'antitoxine diphtérique n'est pas recommandée pour la prophylaxie chez les contacts étroits non immunisés des cas de diphtérie. Rien n'indique que l'utilisation d'antitoxine diphtérique chez les contacts qui ont déjà reçu une prophylaxie antimicrobienne offre une protection supplémentaire.

## 3. Immunoglobuline contre l'hépatite B (HBIG)

Cette immunoglobuline est préparée à partir d'un pool de plasmas humains contenant des titres élevés d'anticorps dirigés contre l'antigène de surface du virus. Elle confère une immunité passive immédiate et efficace de courte durée. Lorsqu'elle est administrée en même temps que le vaccin mais à un site différent, la réponse immunitaire au vaccin n'est pas atténuée. Cette immunoglobuline est indiquée dans les cas d'exposition percutanée ou muqueuse à du sang infecté par le virus de l'hépatite B, de contacts sexuels avec un cas aigu d'hépatite B et chez les nouveau-nés dont la mère souffre d'une infection aiguë ou chronique. Tous les bébés dont la mère est infectée

devraient recevoir par voie intramusculaire une dose de 0,5 mL de HBIG tout de suite après la naissance en plus de la première dose de la série de trois doses du vaccin contre l'hépatite B. Il importe d'administrer la HBIG dans les heures qui suivent la naissance, car son efficacité diminue grandement après 48 heures. La dose à donner aux enfants et aux adultes est de 0,06 mL/kg par voie intramusculaire. En général, elle devrait être administrée aux personnes réceptives dans les 48 heures suivant l'exposition. Il existe cependant une exception : la HBIG peut être administrée à titre prophylactique chez les contacts sexuels d'un cas infecté jusqu'à 2 semaines après le dernier contact connu (voir le tableau 2 aux pages 5, 6 et 7 pour obtenir plus de détails sur la prévention de l'hépatite B).

#### 4. Immunoglobuline antirabique (RIG)

L'utilisation de ce produit pour l'immunisation passive fait partie de la prophylaxie générale après exposition à la rage (voir la page 216). L'immunoglobuline antirabique (RIG) confère une protection rapide qui persiste pendant une courte période seulement (demi-vie d'environ 21 jours). Le vaccin et la RIG peuvent être donnés simultanément mais **dans aucun cas, le vaccin ne doit être administré dans la même seringue et au même site anatomique que la RIG**. Une dose pouvant atteindre 20 UI/kg devrait être injectée une seule fois, le plus tôt possible après l'exposition. Si la plaie est située à un endroit où c'est possible de le faire, on infiltrera entièrement la plaie et la zone avoisinante avec une dose complète de RIG. Si la dose complète n'a pu être administrée, le reste sera injecté par voie intramusculaire en un point éloigné du site d'administration du vaccin. En cas de plaies multiples, une infiltration locale devrait être pratiquée pour chaque plaie avec une fraction de la dose de RIG. Il ne faut pas dépasser la dose, car la production active d'anticorps pourrait s'en trouver inhibée. Comme les anticorps induits par le vaccin commencent à apparaître dans la semaine qui suit, il n'est pas utile d'administrer des RIG plus de 8 jours après le début de la série vaccinale.

#### 5. Immunoglobuline intraveineuse (humaine) contre le virus respiratoire syncytial (IGIV-VRS)

L'IGIV-VRS est une immunoglobuline intraveineuse obtenue à partir de pools de plasmas humains contenant des concentrations élevées d'anticorps neutralisant le VRS. L'IGIV-VRS a été homologuée en août 1997 pour la prévention de l'infection due au VRS chez les enfants de < 2 ans atteints de dysplasie broncho-pulmonaire (DBP) ou nés prématurément ( $\leq 35$  semaines de gestation). Les taux de réadmission pour une infection due au VRS chez les bébés prématurés variaient entre 2 % et 22 % au cours de la première année de vie et devraient faire l'objet d'autres études. Dans le cadre d'un essai clinique contre placebo, il a été établi que l'IGIV-VRS permettait de réduire de 41 % le taux d'hospitalisation pour une infection due au VRS, de 53 % la durée du séjour en cas d'infection par le VRS et de 60 % la durée de l'oxygénothérapie.

Les effets secondaires sont les mêmes que ceux observés pour toutes les immunoglobulines intraveineuses. L'administration de ce produit aux enfants présentant des troubles pulmonaires peut précipiter une surcharge liquidienne, en particulier dans le

cas des enfants souffrant de DBP. Il faut donc prendre les précautions qui sont indiquées sur la monographie du produit.

On a noté une fréquence accrue d'effets secondaires graves et même potentiellement mortels chez les enfants atteints de cardiopathies congénitales cyanogènes ayant reçu de l'IGIV-VRS par rapport aux enfants appariés n'ayant pas reçu ce produit pendant la durée de l'étude. Jusqu'à ce qu'on comprenne mieux la relation entre les injections et les incidents subséquents, il est recommandé de ne pas administrer d'IGIV-VRS aux enfants atteints de cardiopathies congénitales cyanogènes. On ne sait pas si l'IGIV-VRS peut prévenir les infections graves par le VRS chez des personnes immunodéprimées.

L'efficacité de l'IGIV-VRS pour le traitement d'une infection patente par le VRS n'a pas été établie.

On croit que la prophylaxie à l'IGIV-VRS serait le plus profitable aux enfants suivants :

- Les nourrissons et les enfants de < 2 ans atteints de DBP qui reçoivent actuellement ou qui ont reçu une oxygénothérapie dans les 6 mois précédant le début de la saison du VRS.
- Les nourrissons qui sont nés à 32 semaines de gestation ou moins, dont ceux qui ne souffrent pas de DBP :
  - les nourrissons nés à 28 semaines de gestation ou moins pourraient bénéficier de la prophylaxie jusqu'à l'âge de 12 mois;
  - les nourrissons nés entre 29 et 32 semaines de gestation pourraient bénéficier de la prophylaxie jusqu'à l'âge de 6 mois.

La dose recommandée est de 750 mg/kg administrée toutes les 4 semaines et le traitement doit débuter avant le début de la saison du VRS et se poursuivre jusqu'à la fin de celle-ci. Au Canada, cette saison débute habituellement au mois de novembre ou décembre et se termine au mois d'avril ou mai. On note toutefois certaines variations selon les régions. Il est recommandé de consulter les autorités locales afin de déterminer l'utilité de l'IGIV-VRS chez un patient particulier. Le lecteur pourra trouver une discussion plus poussée de cette question dans la déclaration publiée par la Société canadienne de pédiatrie (voir Références choisies).

Il n'y a pas lieu de faire des recommandations universelles à l'heure actuelle en raison de certains problèmes locaux d'ordre pratique de distribution du produit, des coûts associés et des données indiquant que la prévention n'est pas complète après l'administration d'IGIV-VRS. Aussi chaque centre doit-il considérer un certain nombre de facteurs avant de lancer un programme de prophylaxie au moyen d'IGIV-VRS. L'usage d'IGIV-VRS peut se révéler irréalisable ou peu pratique dans de nombreux centres lorsque ces facteurs auront été pris en compte.

## 6. Immunoglobuline antitétanique (TIG)

L'usage de TIG dans le traitement des plaies est étudié dans la section sur l'anatoxine tétanique (voir les pages 84-89). Dans le traitement du tétanos, il y a lieu d'administrer la TIG par voie intramusculaire pour tenter de neutraliser la toxine tétanique dans les

liquides organiques. Elle n'a cependant aucun effet sur les toxines déjà fixées sur les tissus nerveux. La dose thérapeutique optimale n'a pas été établie.

## 7. Immunoglobuline contre la varicelle et le zona (VZIG)

La VZIG est préparée à partir d'un pool de plasmas humains contenant des titres élevés d'anticorps dirigés contre le virus de la varicelle et du zona (VZV). On peut se procurer ce produit auprès des centres de distribution de la Société canadienne du sang et d'HÉMA-QUÉBEC.

L'immunisation passive au moyen de VZIG est indiquée après une exposition à la varicelle ou au zona chez des personnes réceptives dont les risques de complications morbides ou mortelles de la varicelle sont très élevés. Le vaccin contre la varicelle peut aussi être utilisé à la place des VZIG (voir les pages 250-260).

Les personnes atteintes de la varicelle sont les plus contagieuses entre 1 et 2 jours avant l'apparition de l'éruption et quelques jours après. La période de contagion peut atteindre 5 jours après l'apparition de l'éruption chez les patients immunodéprimés, jusqu'à la formation de croûtes sur les lésions. Les lésions cutanées du zona ne sont contagieuses que jusqu'à la formation de croûtes ou l'assèchement des lésions. On considère les situations suivantes comme une exposition importante au VZV :

- habiter le même logement;
- jouer à l'intérieur pendant plus de 1 heure avec un cas contagieux;
- partager une chambre d'hôpital avec un patient contagieux;
- être en contact étroit et prolongé avec un travailleur ou un membre du personnel atteint de la varicelle.

Les facteurs qui déterminent la réceptivité à la varicelle sont les suivants :

- Les personnes ayant déjà souffert de la varicelle sont considérées comme immunes.
- Tous les receveurs d'une hétérogreffe de moelle osseuse doivent être considérés comme réceptifs dans les premiers temps qui suivent la greffe, même s'ils ont des antécédents de varicelle ou une sérologie positive.
- Les personnes qui ont des antécédents négatifs ou incertains de varicelle devraient subir une sérologie, car il a été déterminé qu'entre 70 % et 95 % de ces personnes sont immunes. Des épreuves sérologiques prospectives visant à déterminer la réceptivité permettraient peut-être d'éviter de faire subir des épreuves post-exposition. Ces épreuves prospectives devraient être envisagées pour les travailleurs de la santé n'ayant pas d'antécédents de varicelle et pour les personnes souffrant d'un déficit immunitaire congénital ou d'un déficit acquis consécutif à une maladie ou un traitement, notamment les receveurs d'une hétérogreffe d'organe plein et les personnes atteintes d'un cancer du sang ou du système réticulo-endothélial. La VZIG peut produire des titres détectables d'anticorps, ce qui donne des résultats faussement positifs aux épreuves de détermination de l'immunité à la varicelle jusqu'à 2 mois après l'administration.

La VZIG est recommandée pour les personnes réceptives suivantes à la condition que l'exposition soit importante :

### **Nourrissons et enfants**

1. Les patients immunodéprimés, comme ceux qui souffrent d'un déficit immunitaire congénital ou acquis par suite d'une maladie ou d'un traitement, dont certains patients sous corticothérapie (voir les pages XX-XX). Les patients recevant des injections mensuelles régulières de 100 à 400 mg/kg d'IGIV et dont la dose la plus récente remonte à 3 semaines avant l'exposition n'ont pas besoin de VZIG.
2. Les nouveau-nés dont la mère a souffert de la varicelle dans les 5 jours qui ont précédé l'accouchement ou les 48 heures qui ont suivi.
3. Les bébés prématurés hospitalisés qui ont été exposés durant les premières semaines de leur vie. Les prématurés exposés qui sont nés après < 28 semaines de gestation devraient recevoir de la VZIG indépendamment du statut immunitaire de la mère. Les bébés exposés nés après 29 à 37 semaines de gestation devraient recevoir de la VZIG si la mère n'était pas immune.

### **Adultes**

1. Les femmes enceintes. Parce que les risques de complications de la varicelle chez les femmes enceintes sont peut-être plus élevés que chez les autres adultes, il y aurait lieu d'administrer de la VZIG aux femmes enceintes exposées qui sont réceptives. Rien n'indique que cette immunoglobuline prévienne la maladie ou modifie son évolution chez le fœtus.
2. Les adultes immunodéprimés. Voir la section sur les nourrissons et les enfants immunodéprimés aux pages 22-41.
3. Les adultes en santé. L'utilité de la VZIG chez les adultes en santé n'a pas été clairement établie. La varicelle peut être plus grave chez les adultes bien portants que chez les enfants, mais on considère maintenant que le risque de pneumonie est plus faible que ce que l'on croyait auparavant. En outre, la VZIG peut prolonger la période d'incubation, qui peut atteindre 28 jours, ce qui n'est pas sans conséquences pour les travailleurs de la santé. Enfin, le traitement à l'acyclovir, lorsqu'il est mis en route dans les 24 heures suivant l'apparition de l'éruption, s'est révélé efficace pour ce qui est d'accélérer la guérison des lésions, c'est pourquoi il s'agit d'une option thérapeutique qui peut remplacer la prophylaxie aux VZIG.

La dose de VZIG recommandée est de 125 unités (1 fiole) par 10 kg de poids corporel jusqu'à concurrence de 625 unités, administrée par voie intramusculaire. On ne connaît pas la dose optimale pour les adultes.

La VZIG est utile si elle est administrée dans les 96 heures suivant l'exposition. On croit que la protection dure de 3 à 4 semaines. Des expositions subséquentes survenant plus de 3 semaines après une dose de VZIG peuvent nécessiter l'administration de doses additionnelles.

## Références choisies

- Buckley RH, Schiff RI. *The use of intravenous immune globulin in immunodeficiency diseases*. N Engl J Med 1991;325:110-17.
- Canadian Paediatric Society Committee on Immunization and Infectious Diseases. *Respiratory syncytial virus – immune globulin intravenous (RSV-IVIG)*. Paediatr Child Health 1998;3:11-4.
- Gershon AA. *Chickenpox, measles and mumps*. Dans : Remington JS, Klein JO, éd. *Infectious diseases of the fetus and newborn infant*. 3<sup>e</sup> éd. Philadelphie : WB Saunders, 1990:395-445.
- McIntosh D, Isaacs D. *Varicella zoster virus infection in pregnancy*. Arch Dis Child 1993;68:1-2.
- Miller E, Cradock-Watson JE, Ridehalgh MKS. *Outcome in newborn babies given antiviral zoster immunoglobulin after perinatal maternal infection with varicella-zoster virus*. Lancet 1989;2:371-73.
- Patou G, Midgley P, Meurisse EV et coll. *Immune globulin prophylaxis for infants exposed to varicella in a neonatal unit*. J Infection 1990;20:207-13.
- PREVENT Study Group. *Reduction of respiratory syncytial virus hospitalization among premature infants and infants with bronchopulmonary dysplasia using respiratory syncytial virus immune globulin prophylaxis*. Pediatrics 1997;99:93-9.
- Siber GR, Snyderman DR. *Use of immune globulins in the prevention and treatment of infections*. Dans : Remington JS, Swartz MN, éd. *Current clinical topics in infectious diseases*. Vol. 12. Boston: Blackwell Scientific, 1992:208-56.
- Siber GR, Werner BC, Halsey NA et coll. *Interference of immune globulin with measles and rubella immunization*. J Pediatr 1993;122,2:204-11.