

1. Pour votre information : La grippe a atteint le **seuil épidémique** en France, mais l'épidémie semble **moins importante que l'année précédente** ([Lien 1](#)). Ceci s'explique par le fait que les **souches prédominantes sont de type B**, touchant **surtout les enfants** – l'immunité contre les souches B se construisant plus lentement – alors que les seniors sont relativement épargnés... Les souches B les plus fréquemment isolées (44% des cas) appartiennent à la **lignée Victoria** ([Lien 1](#)) **non contenue dans les vaccins trivalents** recommandés et remboursés en France - mais incluses dans les vaccins quadrivalents... La souche A prédominante reste la souche H1N1 pandémique de 2009, mal identifiée par les TDR grippe. **L'efficacité estimée des vaccins** (environ 60% aux Etats-Unis, [Lien 2](#), et 46% en Europe, [Lien 3](#)) **est bien meilleure que l'année précédente.**

L'utilisation du vaccin vivant nasal chez les enfants d'âge scolaire est bien plus efficace ! En 2014-2015, où les vaccins antigrippaux n'étaient pas bien adaptés aux souches circulantes, la vaccination des jeunes enfants en Angleterre a tout de même permis une **bonne efficacité chez les enfants vaccinés et a réduit la fréquence des infections grippales dans toutes les tranches d'âge.** Ceci confirme le rôle des enfants dans la diffusion de la grippe et la possibilité de protéger les personnes vulnérables en vaccinant les enfants (*Peabock et al, Euro Surveill 2015;20(39):pii=30029*, [Lien 4](#))

En France, l'augmentation trop lente des couvertures vaccinales du Prevenar7® (secondaire à des recommandations initiales inadaptées et complexes) n'avait entraîné qu'une baisse modeste des **infections invasives à pneumocoque (IIP)** chez les enfants vaccinés, mais sans aucun effet sur les populations non vaccinées. Par contre, les dernières données de l'InVS montrent que l'atteinte rapide de bonnes couvertures vaccinales avec le Prevenar13® a permis aussi un effet collectif ([Lien 5](#)) : **tous âges confondus, l'incidence des IIP a diminué de 11,2 à 6,6 cas / 100 000 (- 41%) entre 2008-2009 et 2014**, que ce soit pour les méningites (de 1,0 à 0,6 cas / 100 000, - 37%) ou les bactériémies (de 10,2 à 6,0 cas / 100 000, -41%).

2. Du côté des produits : La liste des vaccins souffrant de difficultés d'approvisionnement se raccourcit. Pour des données actualisées sur la disponibilité des vaccins, cliquez ici : [Lien 6](#).

3. En réponse à vos questions : **Une petite fille de 8 mois a présenté le soir du Tubertest® une fièvre et une éruption. La fièvre a disparu en quelques jours mais l'éruption a persisté au décours. Puis-je la vacciner par le BCG ? Oui !!** Il n'y a aucun risque que le Tubertest® ait été responsable des symptômes. En effet, les antigènes du Tubertest® administrés par voie intradermique sont en quantité trop faible pour induire une réaction inflammatoire systémique – qui impliquerait la présence d'immunité préalable plus qu'improbable à 8 mois. Les rares cas de réactions allergiques systémiques (rash cutané immédiat ou une éruption généralisée dans les 24 heures) ne persistent pas. Beaucoup de réactions attribuées aux vaccins sont en fait des infections virales intercurrentes. Une étude ayant inclus plus de 500 paires de jumeaux homozygotes en Finlande a parfaitement démontré qu'après vaccins ROR, la majorité des réactions fébriles observées étaient retrouvées aussi souvent après un placebo qu'après un vaccin (*Peltola H Lancet 1986;8487:939*). Cela ne représente pas une contre-indication à la réalisation du BCG sans précaution supplémentaire.

Un bilan immunitaire a été réalisé chez un de mes patients de 16 mois présentant des otites récidivantes (6 épisodes en 6 mois). Ce bilan est globalement normal (les IgG totales sont dans la partie inférieure de la normale) mais les anticorps anti-diphthériques et anti tétaniques sont à 0,1 UI et les anticorps anti-HBs sont < 10UI alors que cet enfant a reçu en temps et en heure, les vaccins du calendrier vaccinal Français. Faut-il lui faire une dose supplémentaire ? Le dosage des anticorps anti-vaccinaux fait partie des examens demandés en cas d'infections récidivantes (*Siegrist Arch Pediatr. 2001 Feb;8:205-10*). Les enfants présentant des otites récidivantes répondent souvent mal aux vaccins et n'atteignent pas des taux d'anticorps protecteurs (*Pichichero Pediatr Infect Dis J. 2013; 32: doi:10.1097/INF.0b013e31829e887e.*) Il est justifié de leur proposer un rappel supplémentaire et de reconstruire les taux d'anticorps un mois après : ils reviennent le plus souvent à la normale, confirmant un retard de maturation immunitaire transitoire reflété par les IgG « normales basses ».

Je propose la vaccination HPV à toutes mes patientes à la rentrée en 6^{ème}. Pour des raisons pratiques, je voudrais faire la 2e dose 12 mois au lieu de 6 mois plus tard. Est-ce possible ? Oui bien sûr, l'intervalle doit être d'au moins 6 mois mais un intervalle d'une année est au moins aussi efficace. En Angleterre, les programmes scolaires ont adopté cet intervalle - plus facile en pratique à réaliser !

Robert Cohen, Pierre Bakhache, Pierre Bégué, Marie-Aliette Dommergue, Véronique Dufour, Joël Gaudelus, Emmanuel Grimprel, Nicole Guerin, Didier Pinquier, Philippe Reinert, Olivier Romain, Georges Thiebault, Isabelle Hau, François Vie le Sage, Brigitte Virey, Catherine Weil-Olivier, Claire-Anne Siegrist.