

1) Pour votre Information

Le nombre de cas d'infections invasives à Méningocoque (IIM) n'a jamais été aussi élevé qu'en novembre, décembre 2022 et janvier 2023. Les sérotypes concernés sont B, Y et W. L'augmentation, probablement en rapport avec la dette immunitaire qui s'est installée depuis 2 ans, touche tous les âges et est plus marquée pour les adolescents.

Une nouvelle **étude espagnole** (*N Engl J Med* 2023;388:427-38) a confirmé **l'efficacité sur le terrain du vaccin Bexsero (4CMenB)** contre les IIM dans les 5 premières années de vies. L'efficacité de la primovaccination complète contre le sérotype B est évaluée à 71% (IC95% : 45 à 85%). On savait déjà que ce vaccin exerçait aussi une protection contre les autres sérotypes. Cette étude le confirme pleinement avec une efficacité sur le terrain de 2 doses de 92% (IC95% : 22-99%). Ces résultats tombent à pic au regard de la situation épidémiologique française, et alors que la CTV doit redéfinir la politique de prévention des IIM. Une seule option ne nous paraît pas raisonnable : Le maintien du calendrier actuel, notamment la non-recommandation d'un vaccin conjugué tétravalent à l'adolescence. Par ailleurs, est-il acceptable que la majorité des PMI ne disposent ni de vaccin 4CMenB (ni d'ailleurs de vaccin contre les rotavirus) ? Parallèlement, la vaccination scolaire doit être facilitée afin d'obtenir des couvertures vaccinales « décentes » !

L'épidémie de Grippe n'est pas terminée, en particulier chez l'enfant. Une remontée des cas est observée dans le réseau PARI, due majoritairement à la **grippe B**.

Comme vous l'annonçait InfoVac, de nombreuses études confirment l'efficacité de l'immunité hybride contre la Covid-19 : les mieux protégés contre la **galaxie des sous-variants Omicron** sont les sujets à la **fois vaccinés avec les vaccins bivalents** et ayant présenté une ou plusieurs infections par Omicron. De plus, comme attendu, l'efficacité de l'immunité induite par l'infection naturelle **décline en fonction de la distance antigénique** entre le variant responsable de l'infection et la souche circulante. La protection contre une **réinfection** par BA.2.75 est de 6% si le variant était un variant pré-omicron, 49% si le variant initial était BA1 ou BA2, 80 % si le variant était BA4 et BA5. Du fait de la démographie médicale, les autorités de santé **autorisent de plus en plus de professionnels de santé à vacciner s'ils se portent volontaires**. InfoVac n'est pas opposé à ces extensions, à condition qu'une formation adéquate et validée précède l'autorisation et que les personnels de santé soient à jour des vaccins obligatoires ou recommandés pour eux-mêmes. Les couvertures vaccinales contre la grippe des professionnels de santé montrent de grande disparité. Est-il acceptable que des soignants opposés à la vaccination administrent des vaccins aux patients ?

2) Du côté des produits. L'augmentation de la couverture vaccinale contre les rotavirus depuis son remboursement explique des **tensions d'approvisionnement transitoires du Rotarix®**. MSD ne signale pas (encore) de tension sur le Rotateq®. Retour à la normale pour le Bexsero®

3) En réponse à vos questions. Je vois un patient de 21 ans HSH qui a été pris en charge pour condylomes anaux récemment. Je me pose la question de l'intérêt de lui faire un Gardasil 9. Oui !!! C'est tout à fait indiqué et remboursé : schéma M0-M2-M6. Les verrues génitales sont essentiellement causées par les types 6 et 11, non oncogènes et un patient ayant eu des lésions HPV est plus à risque d'en avoir d'autres : il n'a certainement pas été infecté par les 9 types d'HPV du Gardasil 9 (dont 7 oncogènes).

J'ai vacciné un enfant de 13 mois pour son rappel anti-méningocoque C. Il s'est débattu lors de l'administration et une dose incomplète lui a été administrée, je dirai seulement la moitié. Il avait déjà reçu la première dose à 5 mois. Dans ce contexte, est-il préférable que je lui refasse une dose à distance ? En cas de doute sur la quantité, il est toujours préférable de refaire une dose complète. Nous vous préconisons même de lui faire un vaccin contre ACWY (Menquadfi®, Nimenrix®) pour élargir sa protection dans un contexte de remontée rapide des infections à Y et W.

Y a-t-il un délai à respecter entre le BCG et les vaccins rotavirus ? Aucun !!! Le seul délai théorique à respecter est celui entre 2 vaccins viraux vivants (1 mois).

Robert Cohen, Marie-Aliette Dommergues, Olivier Romain, Pierre Bakhache, Pierre Bégué, Véronique Dufour, Hervé Haas, Isabelle Hau, Odile Launay, Maeva Lefebvre, Didier Pinquier, Franck Thollot, François Vie Le Sage, Catherine Weil-Olivier, Claire-Anne Siegrist.

Figure 2. Nombre de cas d'infections invasives à méningocoque par semaine et par saison
Décembre 2022 : données non consolidées

