

## Bulletin N°13 - Décembre 2024

**1) Pour votre information.** L'actualité est toujours dominée par **les infections respiratoires**. Décidément, **les conséquences de la pandémie** et des mesures d'hygiène qu'elle a imposées **sont loin d'être terminées**. Cette saison présente des particularités concernant la succession des épidémies de VRS et de grippe. **Les années précédentes, l'épidémie de VRS précédait souvent celle de la grippe A, laquelle précédait souvent à son tour celle de la grippe B. Cette année la situation diffère**, comme le montrent les courbes du réseau PARI, où les enfants présentant des syndromes grippaux ou des bronchiolites sont prélevés quasi systématiquement avec des tests antigéniques multiplex. La [figure 1](#) fait le focus pour cette année. La [figure 2](#) compare cette année aux années précédentes.

- **Bronchiolite** : L'épidémie de bronchiolite est **plus tardive et beaucoup moins intense** que les années précédentes. Elle semble déjà amorcer un recul, tendance qui devrait s'accroître avec les vacances de fin d'année. La moindre intensité de cette épidémie de VRS s'explique probablement par un accès plus large au Nirsevimab cette année (au moins le double à cette période).

- **Grippe A et B** : Contrairement aux années précédentes, **les épidémies de grippe A et B sont plus précoces et ont largement chevauché l'épidémie de VRS**. Le nombre de tests positifs pour les gripes A et B dépasse largement celui des cas de VRS. Une baisse rapide du nombre de cas est attendue pour les vacances de fin d'année, mais l'intensité du rebond au décours reste imprévisible.

**Il est urgent de protéger par le Nirsevimab les enfants de moins d'un an non encore immunisés et ceux dont la mère n'a pas reçu l'Abrysvo®, ainsi que de vacciner vos patients contre la grippe.**

Neuf mois après sa recommandation par la HAS, **le vaccin adjuvé Shingrix® contre le zona est (enfin) remboursé**. Cependant, la disponibilité dans les pharmacies n'est pas encore assurée partout, cela devrait se corriger dans les prochaines semaines. Les populations cibles incluent les **sujets de 65 ans et plus** ainsi que les **adultes immunodéprimés** présentant des risques de zona grave. Le schéma vaccinal prévoit deux doses, administrées à au moins deux mois d'intervalle et si possible avant la mise en route du traitement immunosuppresseur (dans ce dernier cas, les 2 doses peuvent être administrées avec un délai d'un mois).

La HAS a publié des [recommandations](#) concernant le vaccin **Qdenga®** (Takeda) contre la dengue. Il est destiné aux territoires français d'Amérique (Antilles et Guyane), ainsi qu'à Mayotte et à La Réunion. Le schéma comprend deux doses administrées à trois mois d'intervalle. Ces recommandations (trop) complexes tiennent compte aussi des antécédents de dengue chez l'enfant.

Le **calendrier vaccinal actualisé le 19 décembre 2024** est disponible [en cliquant sur ce lien](#). Il intègre toutes les recommandations vaccinales de l'année : ACYW 6m, 12m, adolescence, Shingrix® à 65 ans, vaccins VRS à 75 ans et à partir de 65 ans en cas de comorbidités (sans que le remboursement soit encore acquis ...)

Les vaccinoteurs s'étaient réjouis de l'extension de l'**obligation vaccinale des nourrissons à l'ensemble des méningocoques et pas limitée au sérotype C** devenu quasi-inexistant. Tout le monde avait compris qu'elle s'appliquerait pour les **enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> Janvier 2025**... et bien non... si on en croit le document publié par la DGS, elle s'appliquerait à tous les enfants nés à partir de juillet 2023, **à compter du 1<sup>er</sup> janvier pour rentrer en collectivité**... ce qui représente un certain nombre d'enfants à rattraper **et surtout des conflits à venir entre parents, directrices de crèche, nourrices et médecins. Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?**

**2) En réponse à vos questions. J'ai prescrit pour un enfant de 2 mois Vaxelis®+Prevenar13®. Par erreur, la pharmacie a donné Vaxneuvance® (VPC 15 valent) à la place de l'hexavalent. Je ne m'en suis pas aperçu et j'ai injecté les 2 vaccins contre le pneumocoque. Quels sont les risques et la conduite à tenir ?**

Il faut déclarer en pharmacovigilance ce mésusage. C'est en répertoriant ce type de cas que l'on peut montrer que le risque encouru est probablement très faible si ce n'est une augmentation de la réactogénicité surtout locale. Pour la suite : faire le Vaxelis® non fait, pour protéger cet enfant au plus vite contre la coqueluche, puis poursuivre le calendrier vaccinal habituel.

**Est-il utile de donner du Beyfortus® à un nourrisson ayant actuellement ou ayant déjà eu une bronchiolite à VRS ?** En principe Non !!! Ce serait **inutile**, le risque d'hospitalisation pour une 2<sup>e</sup> infection à VRS pendant la même saison étant extrêmement faible. C'est pourquoi les recommandations précisent que **le Nirsevimab n'est pas recommandé après une infection prouvée à VRS**. Quelques exceptions cependant : les nourrissons avec bronchiolites très précoces durant la période néonatale, conduisant souvent à l'hospitalisation en réanimation, restent au décours très fragiles avec un risque de re-hospitalisation; les patients fragiles qui relevaient d'une indication du Synagis®. Enfin, une situation non rare et difficile à trancher est l'antécédent de bronchiolite non documentée à VRS.

**InfoVac vous souhaite de bonnes fêtes de fin d'année et ses meilleurs vœux**

**Robert Cohen, Odile Launay, Catherine Weil-Olivier, Marie-Aliette Dommergues, Pierre Bégué, Pierre Bakhache, Véronique Dufour, Joël Gaudelus, Isabelle Hau, Cécile Janssen, Maeva Lefebvre, Didier Pinquier, Anne-Sophie Romain, Georges Thiebault, Franck Thollot, François Vie le Sage, Hervé Haas.**