

1. Pour votre information :

L'épidémie de rougeole s'étend, en Suisse, touchant maintenant 20/26 cantons : au 23 mai, **442 cas** étaient connus, avec une forte proportion d'adolescents et de jeunes adultes et **9.6 % de complications** (dont 2 encéphalites, 1 état de mal, 1 myocardite, 8 pneumonies, etc.). Parmi 320 cas dont l'anamnèse vaccinale était connue, **90.9% étaient non vaccinés, 8%** avaient reçu **1 dose** et 2 patients (**0.6%**) **2 doses** de vaccin. Ces chiffres démontrent encore **l'efficacité vaccinale, calculée à 97% !**

Au 30 mai 2003, **8 240 cas de SARS** dont 745 décès (9 %) ont été répertoriés dans 28 pays (MMWR, 2003 / Vol. 52 / No. 21). L'augmentation du **nombre de cas** à travers le monde éloigne les espoirs de pouvoir contenir le virus responsable et empêcher sa propagation, qu'elle reste épidémique ou devienne endémique. Par ailleurs, **la Hollande** annonce 82 cas confirmés **d'infection grippale H7N7** (un nouveau virus influenzae transmis par des poulets infectés), dont un premier cas mortel. Ces événements pourraient **compliquer les évaluations de diagnostic** des patients avec syndromes grippaux lors de la prochaine saison et augmenter considérablement les **demandes en vaccin anti-grippal** à travers le monde, aboutissant à des stocks insuffisants.

Vaccination contre la grippe 2003-2004 : L'O.M.S. recommande que les souches de type A/New Caledonia/20/99 (H1N1), A/Moscow/10/99 (H3N2) et B/Hongkong/330/2001 entrent dans la composition des vaccins 2003-2004. **Les vaccins pour la prochaine saison grippale seront donc semblables à ceux utilisés l'hiver dernier.**

La rubéole congénitale existe toujours en France métropolitaine (BEH 21/2003 données du réseau Renarub). **En 2001**, ont été répertoriées **38 infections rubéoleuses pendant la grossesse**. Aucune femme, dont les antécédents vaccinaux étaient connus, n'avait été vaccinée. L'issue de ces 38 infections rubéoleuses a été 6 accouchements d'un enfant atteint de rubéole congénitale malformative, 8 interruptions de grossesse, 2 avortements spontanés. Il faut donc renforcer la vigilance pour la **vaccination des adolescentes** et vacciner, avant leur **sortie de maternité, les jeunes accouchées** non immunes.

2. Disponibilité des vaccins : Pas de problème d'approvisionnement pour l'ensemble des vaccins GSK et Wyeth (y compris le Meningitec). Pour Aventis-Pasteur-MSD des difficultés sont à prévoir pour le ROR-Vax® et le Tetravac®.

3. En réponse à vos questions :

Après une coqueluche du nourrisson (à 2 mois demi, après Pentavac® à 2 mois) y-a-t-il un risque particulier à continuer le programme de vaccination par le Pentavac®, au lieu d'utiliser DTP + ActHib, en cas d'indisponibilité du DTP ? La coqueluche avant l'âge d'un an ne confère pas nécessairement une immunité durable. Par ailleurs, **avoir fait une coqueluche ne représente pas une contre-indication à une vaccination coqueluche...** Il est donc nécessaire **+et possible !** de vacciner avec les vaccins combinés utilisés habituellement, sans modification particulière du schéma de vaccination. Cela facilite la vie et diminue nettement le nombre d'injections nécessaires !

Un nourrisson âgé de 4 mois est hospitalisé pour fièvre jusqu'à 40°C et CRP élevée à 88,5 mg/l, 48 heures après une vaccination par Pentacoq® et Prevenar®. Le contrôle de la CRP 2 jours après est encore à 95 mg/l. Il n'y a aucun point d'appel infectieux clinique (ORL entre autres normale). Tout le bilan bactériologique (LCR, Hémocultures, ECBU) est négatif. La vaccination pourrait-elle être responsable de ce tableau avec une CRP aussi élevée ?

L'association de ces deux vaccins est souvent responsable de fièvre élevée devant conduire (si elle est utilisée) à une prophylaxie systématique et rigoureuse des réactions fébriles. Dans une étude réalisée en France comparant l'association Pentacoq®+ Prevenar®, le pourcentage de fièvre >39°C était de 4 à 5 % dans le groupe où les deux vaccins étaient associés versus 1 à 3 % dans le groupe Pentacoq®. Il existe dans la littérature au moins une étude traitant des modifications de la CRP et de l'IL6 au décours des vaccinations, en particulier après le vaccin coquelucheux entier ou acellulaire (*Pourcyrous Pediatrics 1998 Mar;101:E3*). Dans cette publication, la sécrétion de CRP (après coquelucheux germes entiers) s'élevait presque constamment et pouvait chez certains patients dépasser 100 mg/l. Par contre, les vaccins acellulaires n'augmentaient pas la CRP. Il est probable qu'après Pentacoq® + Prévenar® la réponse inflammatoire biologique puisse être élevée. Il est possible (probable) que les tableaux clinique et biologique présentés par votre patient soient en rapport avec la vaccination. Ceci ne devrait pas contre-indiquer la poursuite de la vaccination, sous prophylaxie des réactions fébriles.

Claire-Anne Siegrist, Philippe Ovetchkine, Nicole Guérin, Pierre Bégué, Daniel Floret, Jean Marc Garnier, Joel Gaudelus, Emmanuel Grimprel, Jacques Langue, Philippe Reinert, Olivier Romain, François Vié le Sage, Catherine Weil-Olivier, Robert Cohen.