

**1. Pour votre information :** La grippe aviaire (H5N1) qui fait des ravages dans les élevages de poulet en Asie a touché au moins 9 enfants et des adultes jeunes au **Vietnam** et en **Thaïlande**. 6 d'entre eux sont décédés. **Aucun cas de transmission inter-humaine n'a été décrit.** L'OMS souligne l'importance des mesures d'hygiène pour la prévention de la dissémination notamment le lavage des mains et la cuisson. Les vaccins anti-grippaux disponibles sont a priori non protecteurs ([http://www.who.int/csr/don/2004\\_01\\_24/en/](http://www.who.int/csr/don/2004_01_24/en/)).

**L'anaphylaxie** est un évènement rare mais redouté des vaccinateurs pouvant survenir après n'importe quel vaccin. Un article récent (*Pediatrics* 2003;112:815-20) souligne la rareté de l'évènement : **0,65 cas/millions de doses** (IC 95% 0.21-1.53). **Aucun** des épisodes n'a entraîné **la mort** de patient. Néanmoins, ce risque justifie que, dans tous les lieux où les vaccins sont pratiqués, le matériel et les produits permettant sa prise en charge (notamment l'adrénaline) soient disponibles.

**Les vaccins acellulaires** contre la coqueluche ont été introduits essentiellement sur la promesse d'une meilleure tolérance. Si, très rapidement, il est apparu que les pourcentages de fièvre et de réactions locales étaient significativement diminués, les données concernant les réactions sévères justifiant une hospitalisation étaient parcellaires ou contradictoires. Une étude récente (*Pediatrics* 2003;112:e348-e353), réalisée au Canada, comportant une surveillance active des hospitalisations, retrouve, depuis la généralisation des vaccins acellulaires, une **réduction franche des hospitalisations pour convulsions (79%) et HHE (67 %) liées à la vaccination.**

**2. Disponibilité des vaccins :** deux vaccins contre la varicelle : **Varilix®** (GSK) et **Varivax®** (Aventis-Pasteur-MSD) ont obtenu une AMM le 26 décembre 2003. Le CTV devrait se prononcer prochainement sur les populations à vacciner et les deux vaccins devraient être disponibles dans les prochains mois. En dehors du DTP, les firmes ne signalent pas de problème d'approvisionnement pour l'ensemble de leurs vaccins.

**3. En réponse à vos questions :**

*Je ne comprends pas les recommandations officielles pour les vaccins ROR. Pourquoi le Calendrier vaccinal 2003 précise : "entre 3 et 6 ans une seconde vaccination ROR est recommandée pour tous les enfants" alors que cela n'est plus précisé ensuite [...] ? Le bureau d'hygiène de ma ville, chargé de pratiquer les vaccins .. et surtout de donner l'exemple, refuse donc de faire un rappel aux enfants de 7 ans disant que cela n'est pas recommandé dans le calendrier vaccinal. Y a-t-il une logique ?* La 2ème injection de vaccin rougeole-oreillons-rubéole n'est pas, à proprement parler, un "rappel" (destiné théoriquement à faire remonter des taux d'anticorps qui diminueraient progressivement), mais une dose de "rattrapage" (l'objectif étant ici de donner une deuxième chance de répondre à un vaccin aux 10 % d'enfants qui, pour chaque valence, n'avaient pas répondu à la première injection). La date de la 2ème injection n'a donc aucune importance (du moment que le délai entre les deux injections est supérieur à 1 mois) ; c'est ce qui explique que, dans certains pays, la 2ème dose est préconisée avant 2 ans. Il n'y a pas d'âge maximum pour faire la 2ème dose. Les réticences exprimées dans les AMM ou les recommandations ne font que traduire le peu de données de pharmacovigilance après la puberté (vu le faible nombre de patients recevant ce vaccin après la puberté) Mais il est sûr que le bénéfice est identique qu'on ai moins ou plus de 6 ans. Pour des raisons financières, la recommandation de la 2ème dose qui date de 1997, a donc été limitée pour l'instant à la tranche d'âge de 1 à 6 ans. Du point de vue du bénéfice individuel (et aussi collectif) il vaut mieux avoir reçu deux doses qu'une seule.

*Je vois, ce jour, une petite Alia, âgée de 8 ans et 3 mois, dont la famille est installée en France, mais qui va chaque année, pendant toutes les vacances, en Tunisie. Outre les vaccins usuels et le vaccin contre l'hépatite B, qui sont parfaitement à jour, elle a eu en mars 2002 un vaccin Havrix® 720 ; le problème se pose donc de faire la 2ème injection. Chez cette enfant qui ira régulièrement en Tunisie, est-il vraiment pertinent de faire la 2ème injection du vaccin contre l'hépatite A, dont on sait que la durée de protection n'est que de dix ans ?* Il faut effectivement faire une 2ème dose d'hépatite A à cet enfant. En effet, il est certain que le risque de contracter une hépatite A est élevé dans les zones d'endémie, quel que soit l'âge du sujet. En revanche, l'hépatite A est souvent peu symptomatique et assez régulièrement an icterique chez le jeune enfant. Toutefois, l'observation des déclarations d'hépatite A aiguë fait apparaître que la moitié des infections déclarées sont acquises en zone endémique à l'étranger et que près du quart sont acquises en Europe, au contact des premières ! Dans cette optique, la vaccination des jeunes enfants voyageant en zone d'endémie est justifiée dès que possible, c'est-à-dire dès l'âge de 12 mois avec les vaccins présentement disponibles. La **durée moyenne de persistance des anticorps** est estimée **environ à 20 ans**. Par ailleurs, l'immunité mémoire persiste encore au-delà de la disparition des anticorps, comme pour l'hépatite B et la durée d'incubation de la maladie (2 semaines à 2 mois) permet de la réactiver avant toute symptomatologie clinique. Ainsi, la protection résultant de 2 doses de vaccin pourrait bien être permanente, et il n'y a actuellement aucune indication **à faire de sérologie, ni à donner une dose de rappel.**

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