



Bulletin Infovac-France n° 4, Avril 2004

1. **Pour votre information** : Un schéma en **2 doses de vaccin contre l'hépatite B et l'hépatite A** (avec au moins 6 mois d'écart entre les deux injections) est maintenant possible : *l'Agence Européenne pour l'Evaluation des Produits Pharmaceutiques* a autorisé récemment l'administration d'**Ambirix®** (strictement identique au **Twinrix Adulte®** : 720 UI pour l'hépatite A ; 20 µg pour l'hépatite B) entre 1 an et 15 ans. Ce vaccin peut être co-administré avec les vaccins pentavalents acellulaires ou rougeole-oreillons-rubéole. **Avis aux jeunes actuels ou futurs voyageurs !**

Le **Revaxis®** (dTP) vient d'obtenir une AMM dès 6 ans. Les taux d'anticorps anti-diphthériques obtenus sont plus faibles que ceux attendus avec le **DTP®** mais la quasi-totalité des patients ont des taux ≥ 1 UI, témoins d'une persistance à long terme. En période de **rupture de stock de DTP®**, c'est l'option qu'il faut choisir pour le **rappel de 6 ans**.

Des pédiatres signalent dans plusieurs régions, notamment l'île de France, une **augmentation du nombre des consultations pour scarlatine**. Personne ne sait réellement si cette augmentation est réelle sur le plan national, mais ce qui est clair c'est que ces scarlatines sont bénignes et que leur diagnostic est facilité par l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR). Les médias se sont emparés d'un possible vrai problème en envisageant **une mauvaise cause** (la diminution de l'utilisation des antibiotiques en France) et **de mauvaises solutions** (des traitements antibiotiques préventifs dans l'entourage). Pour la cause, il faut rappeler que du fait de l'utilisation des TDR, les infections à streptocoque du groupe A (SGA) n'ont probablement jamais été autant diagnostiquées et traitées; pour la prophylaxie dans l'entourage, elle n'est plus recommandée. L'inquiétude essentielle aujourd'hui pour le SGA en France, est l'évolution de la **résistance à l'ensemble des macrolides** : moins de 10% de souches résistantes en 2000, **plus de 25 % en 2003**, d'après les données de l'observatoire nationale de la résistance aux antibiotiques (ONERBA). Rappelons que la scarlatine évolue souvent sur le mode épidémique, qu'elle est due à une souche parasitée par un phage lui apportant le matériel génétique permettant la synthèse d'une ou plusieurs des 3 toxines érythrogènes. Le **traitement et la durée d'éviction** (48 heures sous antibiotiques actifs) sont les mêmes que pour les autres angines à SGA. Actuellement, il n'existe **pas de vaccin** permettant de prévenir les infections à SGA, mais des vaccins sont en cours de développement

2. **Disponibilité des vaccins** : La carence totale en **DTP®**, et les difficultés d'approvisionnement du **Prevenar®** se confirment. Pour les autres vaccins, les firmes ne signalent pas de problème.

3. **En réponse à vos questions** : *Le Vidal indique que la vaccination (2 doses + rappel) contre l'encéphalite à tiques (Ticovac ©) protège pendant « au moins 3 ans ». Mais que faire après ? Faut-il continuer avec un rappel tous les 3 ans ?* Les données manquent pour répondre précisément à cette question (études en cours...), mais l'immunité vaccinale persiste souvent **plus que 3 ans**. Les patients dont le **risque d'exposition est redevenu faible** ne devraient pas recevoir de rappel - celui-ci pouvant être donné, même des années plus tard, avant un nouveau séjour en zone endémique. Si le **risque d'exposition reste élevé**, la prudence incite à conseiller un **2^e rappel 3 ans après la dernière dose**, ou bien de faire une sérologie pour déterminer si ce rappel est vraiment nécessaire... ou non ! **Attention** : des **réactions sérologiques croisées** avec d'autres flavivirus comme fièvre jaune, dengue ou encéphalite japonaise, voire l'hépatite C, sont possibles et doivent être évoquées en cas d'anamnèses clinique ou vaccinale compatibles.

Une enfant de 22 mois a été victime d'un purpura fulminans à méningo C. Elle s'en tire, après plusieurs jours de réanimation, avec seulement quelques séquelles cutanées. Le bilan immunitaire est normal. Les médecins qui ont pris en charge cette enfant conseillent aux parents de la faire vacciner contre le méningo C. Qu'en pensez vous ? La proposition de vacciner cette enfant par un vaccin conjugué méningo C, s'il n'y a pas de déficit immunitaire (notamment déficit en properdine ou une des fractions terminales du complément) ou d'autres facteurs de risque (asplénie fonctionnelle ou anatomique - sujet contact d'un cas d'infection à méningo C - zone délimitée où l'incidence du méningo C est particulièrement élevée) ne correspond pas à une recommandation officielle. Néanmoins, ces vaccins sont bien tolérés et ont fait la preuve de leur efficacité. Dans le cas présent, il faut effectivement considérer qu'une infection foudroyante à méningo C peut ne pas induire d'immunité... et comme il n'y a aucun danger à donner un vaccin au cas où il y aurait une certaine immunité, nous sommes d'accord avec l'attitude proposée !

Un enfant de 5 ans n'a reçu que trois injections de Pentavac®. Comment poursuivre le schéma vaccinal ? refaire un Pentavac® ? Poursuivre avec du DTP ou un vaccin tétravalent ? Il n'y a plus d'intérêt à faire le vaccin anti-haemophilus à 5 ans, l'immunité naturelle étant acquise à cet âge. Par contre, au lieu d'un DTP, il vaut mieux lui faire un tétravalent acellulaire pour avoir une 4^{ème} dose de coqueluche.

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.