

1. Pour votre information :

Le conseil scientifique de l'**AFSSAPS**, à la suite d'une étude épidémiologique réalisée par la pharmacovigilance, a pris une position claire sur les relations entre l'administration de **vaccins contenant de l'aluminium et myofasciite** à macrophage (<http://afssaps.sante.fr/htm/10/myofasci/indmyofa.htm>) :

- l'association entre l'entité histologique et l'administration de vaccins est hautement probable ;
- **aucun syndrome clinique spécifique n'est retrouvé associé à la vaccination** ;
- il n'y a pas à remettre en cause la balance bénéfice-risque des vaccins contenant de l'aluminium.

A ce jour, le conseil scientifique ne recommande pas la réalisation de nouvelles études épidémiologiques.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France vient de publier les recommandations concernant la vaccination contre la varicelle. Il ne recommande pas la vaccination généralisée des enfants à partir de l'âge d'un an. La vaccination est **recommandée** pour les populations suivantes **sans antécédent de varicelle ET dont la sérologie est négative** :

- entourage de patients immunodéprimés,
- professionnels de santé, personnel en contact avec des jeunes enfants ou des sujets immunodéprimés,
- enfants dans les 6 mois précédant une greffe d'organe solide.

La vaccination est également recommandée **en post-exposition** (dans les 3 jours après contact d'un patient présentant une varicelle) **chez les adultes sans antécédent de varicelle** (la sérologie étant facultative). Le texte complet sera disponible d'ici quelques jours sur le site (<http://www.sante.gouv.fr/>). **Nous ne pouvons que regretter que ces recommandations ne prévoient pas de protéger 2 groupes à risques élevés : les adolescents et les femmes en âge de procréer sans antécédent de varicelle...**

L'InVS vient de publier l'**analyse des cas de rougeole** survenus dans la région Provence – Alpes – Côte-d'Azur **au premier semestre 2003** : 259 cas suspects, 138 cas confirmés (74 par sérologie IgM, 2 par lien épidémiologique, 62 cliniquement), 18% des cas ont été hospitalisés. **L'âge moyen était de 15 ans**. 60/68 personnes dont le statut vaccinal est connu n'avaient jamais été vaccinées, 8 n'avaient reçu qu'une seule dose. Le génotypage a identifié le génotype D7 sur 2 échantillons. Le réseau « Sentinelle » n'avait rapporté aucun cas pendant ce semestre... La France s'engageant officiellement dans le plan de l'**OMS/EURO** d'élimination de la rougeole en 2010, les étapes indispensables **pour atteindre cet objectif** incluent l'augmentation de la couverture vaccinale ROR (85% à 24 mois en 2001), et la confirmation biologique des cas, avec la réinscription de la rougeole sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. (BEH 16/2004)

2. Disponibilité des vaccins : La carence totale en **DTP®** se pérennise. Les difficultés d'approvisionnement du **Prevenar®** se confirment, mais les quantités disponibles devraient suffire si les mesures temporaires préconisées par l'AFSSAPS sont suivies (voir bulletin Infovac d'Avril : <http://www.activ-info.net>). Un retour à la normale est espéré pour l'été. Pas d'autre problème signalé !

3. En réponse à vos questions : *En période de carence en DTP®, comment vacciner contre la diphtérie, le tétanos et la polio les nourrissons qui ont des contre-indications à la vaccination contre la coqueluche ou ceux dont les parents refusent cette vaccination non obligatoire ?* La recommandation de substituer le vaccin Revaxis® au DTPolio® manquant est l'objet d'une AMM conditionnelle, transitoire, **uniquement pour les enfants de 6 ans et 16-18 ans**. La concentration faible de l'anatoxine diphtérique ne garantit pas une immunité anti-diphtérique avant 6 ans. **Pour les nourrissons et jeunes enfants**, le laboratoire Aventis Pasteur MSD peut, sur demande et à titre compassionnel, fournir **séparément** un vaccin DT (DT Vax®) et un vaccin polio injectable (Imovax®) qu'il adressera directement à votre pharmacien.

Une jeune patiente de 18 mois a été mise sous prophylaxie par Rifadine® à la demande du pédiatre de crèche en raison d'un cas de méningite à Haemophilus influenzae (Hi) dans sa section, bien qu'elle ait été vaccinée complètement ; le prétexte étant que le malade étant lui-même vacciné, il s'agissait d'un Hi "résistant au vaccin"! Ne pensez-vous pas que cela fut une antibiothérapie excessive ? Effectivement ! S'il s'agissait d'une souche Hi de type b (non-réponse vaccinale du patient index, situation exceptionnelle mais possible), la prophylaxie consisterait à s'assurer que les enfants d'une crèche soient **bien vaccinés** (en l'occurrence, 4 injections) et réserver la Rifadine® aux non ou incomplètement vaccinés. S'il s'agissait d'une souche d'un autre sérotype ou non typable, la prophylaxie n'est pas non plus nécessaire. En effet, ces cas sont alors sporadiques, la méningite étant liée à une susceptibilité particulière du patient (brèche méningée ou déficit immunitaire par exemple) plus qu'à un pouvoir pathogène particulier de la souche. Il faut souligner que tous les enfants portent des Hi non typables à un moment ou à un autre de l'année et que le portage est encore plus important en collectivité...

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