

**1. Pour votre information :**

**Le calendrier vaccinal 2004 vient d'être** publié dans le **BEH** du 29 Juin 2004. Une analyse des nouveautés vous sera présentée dans le prochain bulletin. (<http://www.invs.sante.fr/beh/default.htm>).

**L'Académie Américaine de Pédiatrie** vient de publier (*PEDIATRICS* Vol. 113, May 2004) de **nouvelles recommandations** concernant la **vaccination antigrippale de l'enfant**. La vaccination « annuelle » est bien entendu recommandée pour tous les enfants à haut risque, l'entourage de ces patients et le personnel soignant au contact de ces sujets, tant à l'hôpital que dans la communauté. Mais la vaccination des enfants sains de 6 à 24 mois est aussi recommandée étant donnée la sévérité de la grippe dans cette tranche d'âge.

**Une nouvelle flambée de rougeole** est active actuellement **en Suisse**, avec au moins 26 cas connus dans le canton de Vaud et en Valais. Un enfant a dû être hospitalisé pour complications pulmonaires (pneumopéricarde et pneumo médiastin). Comme au printemps 2003, c'est la non-vaccination qui est la cause de cette flambée... dont nul ne peut dire à ce jour si elle va s'éteindre rapidement ou s'étendre.

**Il y a-t-il un lien entre l'autisme et le mercure qui était contenu dans les vaccins ou le vaccin ROR ?** Après revue de toutes les études cliniques et épidémiologiques disponibles (<http://books.nap.edu/catalog/10997.html>), **les experts de l'Institute of Medicine** concluent que « **ni le thiomersal en tant que conservateur dans les vaccins, ni le vaccin rougeole-oreillons-rubéole ne sont associés avec la survenue de l'autisme**. Les hypothèses suggérant les mécanismes par lesquels un vaccin ROR ou du thiomersal pourrait déclencher un autisme sont exclusivement théoriques et non soutenues par les données disponibles. Les recherches quant à la cause de l'autisme devraient être dirigées vers d'autres pistes suggérées par les données actuelles et offrant plus de perspectives de résultats ».

Le comité des produits médicaux à usage humain de **l'EMEA** (European Medicines agency) viens de donner un avis favorable à une **extension de l'âge d'administration de Prevenar® aux enfants âgés de 2-5 ans**. Les enfants à haut risque d'infections pneumococciques devraient en bénéficier (<http://www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pr/1758704>). Le **Varilix®** vaccin contre la varicelle de GSK est disponible en pharmacie depuis quelques jours. Rappelons que les recommandations du vaccin ont été rapportées dans le dernier bulletin Infovac ([www.activ-info.net/infovac/infovac2.html](http://www.activ-info.net/infovac/infovac2.html)) et qu'il n'est pas remboursé pour l'instant.

**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 : un retour à la normale est espéré pour la fin de l'été. Des tensions dans l'approvisionnement du **Monovax®** du **BCG intradermique** sont prévisibles pour les semaines à venir.

**3. En réponse à vos questions :**

**Je dois faire le rappel DTPolio à une enfant de 6 ans qui a un déficit en IgG4 .. Puis je faire un Revaxis® ou faut-il faire un Infanrix Tetra® ou Tetravac® compte tenu de son déficit?** Les déficits en IgG2 ou IgG4 n'influencent guère les réponses aux vaccins protéiques, qui sont généralement de type IgG1 et IgG3 : il n'y a donc pas de problème pour ce rappel et un dosage d'anticorps n'est pas nécessaire. Par ailleurs à cet âge les valences D et d entraînent des réponses immunitaires comparables chez un enfant primo vacciné; on peut donc utiliser, en l'absence de DTP, un Revaxis®.

**Faire les vaccins en sous-cutané dans le haut de la fesse et non pas en IM dans la cuisse est-il encore recommandable ou possible ?** L'injection dans la fesse expose à 2 problèmes.

- **Une immunogénicité moindre en cas d'injection sous-cutanée.** Ceci est vrai pour les valences vaccinales pour lesquelles un adjuvant est nécessaire : D,T,P,Coq, Hib, Hép B, pneumo et méningo conjugués. En effet, ces vaccins sont plus immunogènes lorsqu'ils sont pratiqués en IM. Pour des raisons d'épaisseur variable du panicule adipeux, chez certains enfants, on n'est jamais vraiment sûr d'être en IM quand l'injection est réalisée dans la fesse. Il faut souligner que pour ces vaccins, dans la très grande majorité des études, le site d'injection était soit la cuisse (nourrisson), soit le deltoïde (enfant).L'administration peut être faite en sous cutanée pour les vaccins sans adjuvant : rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, vaccins polysaccharidiques contre le pneumocoque ou les méningocoques.
- **Un risque de paralysie sciatique.** Si ce risque est classiquement la conséquence d'une injection IM non faite dans les règles (quadrant supéro-externe, aiguille trop longue). Certaines paralysies au dire des neuropédiatres (Mayer M Arch Fran Pédiatr 2001;8:321-3) sont survenues à la suite d'injection faite dans les règles. Le mécanisme invoqué est la diffusion du liquide le long des gaines aponévrotiques et la réaction inflammatoire obligatoire induite par le vaccin notamment ses adjuvants. Ce risque de paralysie existe pour toutes les IM dont les injections vaccinales il y a longtemps que les néonatalogues ont renoncé à cette voie. Le principe de prudence s'applique, bien que ces événements soient restés exceptionnels.

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