

**1. Pour votre information :** Un vaccin contre la grippe des laboratoires Chiron (Fluvirin®), fabriqué en Angleterre a été **suspendu** par les autorités sanitaires britanniques en raison d'une contamination bactérienne d'un nombre limité de lots. Ce vaccin n'est pas commercialisé en France, mais sa suspension a posé des problèmes d'approvisionnement majeurs aux EU où il représentait près de la moitié des vaccins prévus, d'où l'emballement médiatique. Les laboratoires Chiron commercialisent en France d'autres vaccins contre la grippe (Gripguard®, Agrippa®, Previgrip®) qui sont fabriqués en Italie ou en Allemagne et ne sont pas touchés par la suspension.

Le **Prevenar®** a été lancé aux **Etats-Unis** en **Février 2000**, recommandé pour tous les enfants < 2 ans et les enfants à risques de 2 à 5 ans. Le taux de couverture vaccinale a d'emblée été bon (en 2003, plus de 83,7% des enfants ont reçu au moins 1 dose, 59 % au moins 3 doses). De nombreuses études ont été publiées ou présentées ces dernières semaines sur les conséquences de cette vaccination. Outre l'efficacité confirmée sur l'ensemble des infections invasives de l'enfant < 2 ans (réduction de 80 %), **des effets bénéfiques collatéraux** ont été observés :

- **Réduction des infections invasives de l'adulte (-30%)**, liée à l'effet de groupe : les enfants étant moins porteurs de pneumocoques, ils les transmettent moins à leur entourage. L'injection de rappel dans la deuxième année de vie semble fondamentale pour l'obtention de cette « *herd immunity* ». La réduction du nombre de cas chez l'adulte aux Etats-Unis (-12.000) est aussi importante que celle observée chez les enfants vaccinés (*Withney 2004, ICAAC Abstr 1067*).

- **Diminution du nombre d'otites (-19% et -4%), de pneumonies et d'infections systémiques (-35 et -17 %)** dans les états de New York et du Tennessee, respectivement (*Poehling Pediatrics 2004 ;114 :795*)

- **Réduction de la proportion des souches de pneumocoques de sensibilité réduite à la pénicilline** chez les enfants < 2 ans, passée dans le Tennessee de 59,8% (1999) à 30,4% (2002) (*Talbot CID 2004 ;39 :641*).

- **Diminution de 24 % des échecs des traitements antibiotiques des otites et des otites persistantes** à Rochester. Le pneumocoque n'étant plus la première bactérie isolée, l'*Haemophilus* vient prendre la première place (*Casey Pediatr Infec Dis J 2004 ;23 : 824*.)

Par contre, une augmentation modeste mais significative du nombre de cas d'**infections invasives dues à des sérotypes non vaccinaux** a été observée tant chez l'enfant que chez l'adulte (*Withney 2004, ICAAC Abstr 1067*). Même si cette augmentation reste faible et ne remet pas en cause les bénéfices de la vaccination, elle justifie la mise en place de réseaux de surveillance dans les pays où le vaccin est introduit à large échelle.

**2. Disponibilité des vaccins :** Il est encore temps de vacciner vos patients à risque contre la grippe !

La carence totale en **DTP®** devrait persister jusqu'en 2005 au moins. Retour à la normale pour le **Prevenar®** : les mesures temporaires d'utilisation (réduction du nombre de doses) sont levées. Le **Monotest®** n'est par contre plus disponible (arrêt définitif de production).

**3. En réponse à vos questions :** *Quelle attitude doit-on avoir devant une enfant de 7 ans qui a reçu une vaccination par HB VAX PRO 5® selon le protocole 3 injections + 1 rappel en 1997 et 1998 et qui a une sérologie vaccinale < 10 ? Doit-on lui refaire une injection de rappel ? Non !* Parmi les nourrissons et enfants vaccinés avec trois ou quatre doses (en respectant les intervalles recommandés entre les doses), 15 à 50% auront un taux indétectable d'anticorps anti-HBs dans les 5 - 15 ans après la vaccination. **Cela ne veut pas dire qu'ils ne sont plus protégés puisque la mémoire immunitaire persiste de façon prolongée**, étant réactivée rapidement (quelques jours) en cas d'exposition antigénique. Les **seules sérologies utiles** à déterminer la protection sont donc celles effectuées dans les quelques semaines suivant une dose de rappel : plusieurs années après la dernière dose reçue, il est normal de retrouver des taux très faibles voire indétectables ! La vaccination contre l'hépatite B des nourrissons ou des enfants immunocompétents permettant la protection de plus de 95% d'entre eux, **une sérologie de contrôle n'est pas recommandée**. Si une démonstration de la protection devient nécessaire en raison d'un **risque très élevé d'exposition** (futur professionnel de santé par exemple !), elle peut être obtenue à tout âge par **une dose de rappel suivie d'une sérologie anti-HBs 4-8 semaines plus tard**.

**Un médecin acupuncteur a 4 enfants ; les deux aînés de 17 et 15 ans ont eu leurs 4 injections de vaccins tétravalents avant l'âge de 2ans, puis des rappels DT sans la valence coqueluche. Les 2 derniers (12 et 8 ans) n'ont jamais eu de valence coqueluche. C'est le troisième enfant (celui de 12 ans) que je vois la semaine dernière pour une toux ++ depuis 15 jours, la PCR coqueluche revenant positive. Pour cet enfant symptomatique, j'envisage Zithromax® 5 jours avant de le remettre en collectivité. Le médecin scolaire a été prévenu. Pour l'entourage familial, quelle attitude avoir ?** L'enfant atteint d'une coqueluche peut effectivement être considéré comme non contagieux et retourner à l'école après 5 jours de traitement. Il doit bénéficier ensuite des **rappels de vaccination DTPa** programmés par le calendrier vaccinal, sans tenir compte de sa coqueluche. Ceci est particulièrement important lorsque la coqueluche atteint un jeune enfant. **L'entourage proche de ce patient** devrait bénéficier d'une **antibioprophylaxie et d'une vaccination pour être protégé** ! En effet, les sujets ayant reçu moins de 4 doses de vaccin, ou dont la dernière injection date de plus de 5 ans, sont considérés comme non protégés : la **prévention immédiate** repose sur une antibiothérapie préventive (macrolide), la **prévention à long terme** sur la vaccination. Ceci paraît **particulièrement important pour le père médecin**, qui risque de contaminer nombre de ses patients ! Une formulation vaccinale diphtérie-tétanos-coqueluche-polio adaptée à l'adulte (**Repevax®**) a obtenu l'A.M.M. et est (ou sera très prochainement) disponible en pharmacie. Pour **éviter les épidémies en collectivité**, il est important de prévenir le médecin scolaire comme vous l'avez fait.

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