

## Bulletin Infovac-France n° 1, Janvier 2005

### 1. Pour votre information :

Un rapport récent de l'OMS, daté du 21 décembre 2004, fait le point de l'extension de la **poliomyélite dans le monde**. Si la maladie a été éradiquée d'Europe, d'Amérique, d'Océanie et d'Australie, des cas encore nombreux ont été rapportés dans différents pays d'**Afrique** (Nigeria, Soudan, République Centre Africaine, Niger...mais aussi Egypte) et d'Asie (Inde, Pakistan, Afghanistan) [www.poplloeradication.org/content/fixe/casecount.shtml](http://www.poplloeradication.org/content/fixe/casecount.shtml).

Quatre ans après le début du programme de vaccination en Angleterre, les **données d'efficacité à moyen terme** des vaccins conjugués contre le méningocoque C se précisent (*Trotter CL, Lancet. 2004 24;364 (9431):365*). Les **adolescents** ont été protégés à **95%** pendant la première année, **92%** par la suite. Les enfants **vaccinés dès l'âge de 12 mois** ont été protégés à **88%** pendant la première année et encore à **61%** dans les 3 ans suivants. Ceci met en évidence le rôle de la mémoire immunitaire : la protection est plus élevée que la proportion ayant des anticorps bactéricides circulants. Par contre, **les nourrissons vaccinés à 2-3-4 mois ne sont protégés (93%) que pendant environ une année**. Leur mémoire immunitaire pouvant être démontrée, cela suggère qu'elle ne se réactive pas suffisamment ou pas suffisamment rapidement... En Angleterre, une **vaccination de rappel** va donc être recommandée **dans la 2<sup>e</sup> année de vie** aux enfants vaccinés comme nourrissons et **vers 10-11 ans chez les autres**, pour les protéger pendant la 2<sup>e</sup> période à risque qu'est l'adolescence.

**2. Disponibilité des vaccins :** La carence totale en **DTP®** devrait persister en 2005. Le **Monotest®** n'est plus disponible. Quelques difficultés d'approvisionnement sont signalées pour le **Pentacoq®** et le **Monovax®** (qui devrait être retiré du marché fin 2005).

**3. En réponse à vos questions :** *Un enfant de 4 ans est hospitalisé 6 jours après sa deuxième dose de vaccin rougeole-oreillons-rubéole pour un purpura thrombopénique idiopathique (PTI). La sérologie prélevée à l'entrée montre des IgG anti-rougeole positifs à 6182 mU/l (seuil : 150) et des IgM négatifs. Peut-on éliminer le rôle du vaccin dans ce PTI ? Quel profil sérologique ferait la preuve du lien de causalité ?* Le PTI est une des maladies auto-immunes les plus fréquentes chez l'enfant; fréquemment observé à la suite d'une infection virale, il n'est pas étonnant que des épisodes aient été rapportés après vaccination. C'est après l'administration de vaccins contenant la valence **rougeoleuse** que le phénomène est le mieux connu [*Jadavji Pediatr Infect Dis J. 2003;22:119-22*]: le risque de **thrombopénie après R.O.R.** est d'environ **1 sur 30.000 doses**, un risque restant **10 fois moins élevé** qu'après une rougeole ou une rubéole ! Le mécanisme est celui de **l'induction croisée d'anticorps anti-plaquettes**, déclenchée en parallèle aux réponses vaccinales. Pour cet enfant, le taux très élevé d'IgG seulement 6 jours après vaccination démontre l'existence de **réponses anti-rougeole** déjà à la première dose de R.O.R. Ces anticorps auront immédiatement neutralisé la composante rougeoleuse du vaccin, empêchant par la même toute réaction croisée – donc tout effet indésirable ! Plus de 95% des enfants répondant à la première dose de **vaccin rubéole**, celle-ci n'est sans doute pas non plus en cause. Elle pourrait être innocentée par la démonstration de taux élevés d'IgG à l'admission. Le PTI est très rare après les **oreillons**, et rarissime après **vaccination** (non observé en France après vaccin monovalent [*Jonville-Bera AP, Pediatr Infect Dis J. 1996;15:44-8*]). Il s'agit donc probablement d'une coïncidence

*Un de mes patients, âgé de 5 mois, a présenté le soir du 3<sup>ème</sup> **Infanrix quinta®** une éruption de type érythème polymorphe (lésions de différents types, dont une cocarde, sur les membres et le visage) avec excellent état général. L'évolution a été favorable en quelques jours. Peut-on réaliser les prochains vaccins prévus par le calendrier vaccinal et notamment les rappels ?* Les érythèmes polymorphes (EP) de l'enfant sont le plus souvent de cause infectieuse, plus rarement médicamenteuse. Les vaccinations font également partie des étiologies reconnues, un EP ayant été rapporté après administration de vaccins hépatite B, méningo C conjugué, R.O.R, ainsi que des vaccins contenant les valences diphtérique et tétanique [*Di Iernia V., Pediatr Dermatol 1994;11:36; Griffith, J Am Acad Dermatol 1998;19:758; Léauté-Labrèze, Arch Dis Child 2000;83347*]. Dans le cas de cet enfant, l'absence de contexte infectieux (?) et de prise médicamenteuse (?) évoque **une responsabilité du vaccin **Infanrix quinta®****, comme récemment été rapporté [*Frederiksen MS, Scand J Infect Dis. 2004;36(2):154-5*]. Le délai d'apparition est également compatible. Etant donné la forme mineure d'EP (absence de signes muqueux notamment) et le risque faible voire absent de récurrence (récurrence décrite essentiellement avec l'herpès), les rappels/vaccinations ultérieures pourront être effectués normalement.

*Une fillette de moins de deux ans a présenté, lors de 3 vaccinations successives avec trois types de vaccins différents (**PENTAVAC®, PREVENAR®** et **ENGERIX B10®**), une très grosse réaction inflammatoire du membre inférieur, d'évolution spontanément favorable... Quel schéma adopter pour la suite des vaccinations ?* L'enfant ayant bien toléré le vaccin rougeole-oreillons-rubéole, il s'agit probablement d'une forte réaction inflammatoire locale, associée à la présence d'aluminium. En effet, ces vaccins ont en commun la présence d'hydroxyde d'aluminium comme adjuvant. Ces réactions locales ne sont pas allergiques et ne contre-indiquent pas les injections suivantes. Cependant, les dosages des anticorps vaccinaux (en particulier pour le tétanos et l'hépatite B) pourraient permettre de limiter le nombre des vaccins au minimum nécessaire. De même, le **Pneumo 23®** qui ne contient pas d'aluminium peut être utilisé comme rappel pneumocoques après 18 mois.

*Un nourrisson a reçu 4 injections d'**Infanrix quinta®** en juillet, août, septembre et décembre 2003. Le rappel n'a pas été effectué. A quel moment dois-je le faire ?* Bien que cet enfant aie reçu 4 doses de vaccin, la dernière injection ne peut être considérée comme un rappel (délai < 6 mois trop court pour la maturation de la mémoire immunitaire). Le plus simple est de faire son rappel à la date prévue, vers 18-24 mois. Certes, la réactogénicité risque d'être augmentée, mais cela lui permettra de revenir à un calendrier "normal".

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