

Bulletin Infovac-France n° 3, Mars 2005

1. Pour votre information : Recrudescence de la coqueluche ! L'Institut de Veille Sanitaire signale une recrudescence significative des cas de coqueluche en France depuis septembre 2004

(www.invs.sante.fr/communication/index_cp.htm). On observe en effet une forte activité épidémique chez les adolescents et les adultes, en particulier en milieu hospitalier (personnel soignant). C'est l'occasion de rappeler les **nouvelles mesures de prévention de la coqueluche autour des cas**, récemment actualisées (février 2005) par le CSHPF (www.sante.gouv.fr). Ce dernier recommande, outre la **chimio prophylaxie par macrolide** des sujets contacts, « **la mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal pour les enfants et les adolescents ainsi que pour certains adultes**. En l'absence actuelle de vaccin coquelucheux monovalent, force est de **recourir à un vaccin combiné**. Si l'enfant a reçu un vaccin DT Polio depuis moins de 5 ans, il est recommandé d'utiliser un vaccin combiné faiblement dosé en anatoxine diphtérique TdCaPolio et de surveiller la tolérance ». Le **Repevax®** (Sanofi Pasteur MSD) répond à cette définition et est disponible en officine. Le **Boostrix®** (GSK), qui a obtenu récemment une AMM, devrait l'être également d'ici quelques mois. **Ces vaccins ont l'indication du rappel décennal chez l'adulte**. Cette recommandation pourrait s'appliquer également aux adultes qui auraient reçu une dose de DTP depuis **moins de 10 ans**, étant donnée la formulation du dernier avis du CSHPF du 18 mars 2005 : « **Faute de données, le CSHPF ne peut se prononcer sur un délai minimum à respecter par rapport à une vaccination tétanique, diphtérique ou poliomyélitique**. Toutefois, dans le cas où la vaccination dTCaPolio serait réalisée avec un délai inférieur à 10 ans par rapport à la dernière vaccination tétanique diphtérique ou poliomyélitique, la littérature ne retrouve pas de données concernant d'éventuels effets délétères sévères ». **L'absence de preuve n'est cependant pas la preuve de l'absence...**

Protection contre les pneumocoques : Une étude récente [Cutts, *Lancet* 2005 ;365 :1139], randomisée en double aveugle et ayant inclus en Gambie plus de 17.000 patients, confirme **l'efficacité d'un vaccin (77% [51-90]) pneumococcique conjugué 9 valents** dans la prévention des infections invasives à pneumocoques dues aux sérotypes vaccinaux. Ce travail démontre un **impact majeur en terme de santé publique** dans les pays en voie de développement, où les pneumonies représentent la première cause de mortalité infantile : **réduction toutes étiologies confondues des pneumonies radiologiques (37% [21-45]), des hospitalisations (15% [7-21]) et même de la mortalité infantile (6% [3-28])**. La question est : ce vaccin pourra-t-il être mis à la disposition des pays les plus pauvres ? La lente introduction du vaccin Hib dans ces pays n'incite malheureusement pas à l'optimisme...

Oreillons ou pas oreillons ? La survenue de **parotidite** chez des enfants pourtant vaccinés **par le vaccin ROR** n'est pas une situation rare... et fait souvent conclure à un échec de la vaccination contre les oreillons ! Une étude finlandaise récente [Davidkin *J Infect Dis.* 2005;191:719-23] ayant étudié 601 enfants et adolescents avec parotidite montre pourtant que **le virus des oreillons n'est que rarement responsable**, et qu'une **autre étiologie virale** a été retrouvée dans 14 % des cas : EBV, para-influenzae, adénovirus, HHV6...

La stratégie vaccinale contre la tuberculose a évolué ces dernières années (disparition du Monotest®, suppression des contrôles tuberculiques et des revaccinations) et risque encore de se transformer les prochains mois (disparition du Monovax®, nouvelles recommandations en discussion...). **Infovac-France vous proposera dans les prochains jours de participer à une enquête sur cette stratégie et ses évolutions possibles.**

2. Disponibilité des vaccins : Des difficultés de production et donc d'approvisionnement sont signalées pour le **Pentacoq®** et le **Monovax®**. Le **Dukoral®** (vaccin anti-choléra oral), actuellement seulement disponible dans les centres de vaccinations, sera en pharmacie à partir du mois de mai.

3. En réponse à vos questions : Existe-t-il une contre-indication aux vaccins contenant de l'aluminium chez une petite fille de 9 mois allergique aux protéines du lait de vache et dont le père aurait fait une myofasciite à macrophage ? Les contre-indications aux médicaments en général, et aux vaccins en particulier, sont déterminées par les agences d'enregistrement (AFSSAPS, Agence Européenne, Food and Drug Administration...). **L'allergie aux protéines de lait de vache ne contre-indique aucun vaccin**. Pour la **myofasciite à macrophage**, si l'OMS et l'AFSSAPS reconnaissent l'existence d'une lésion histologique spécifique secondaire à l'injection d'aluminium, il n'y a aucune démonstration que ce « tatouage vaccinal » histologique soit responsable d'un syndrome clinique spécifique. **Aucune autorité de santé n'a donc contre-indiqué de vaccin pour les patients avec une biopsie de MMF positive – et a fortiori pour leur famille !** Une fausse contre-indication vaccinale serait lourde de conséquences pour cette enfant, la grande majorité des vaccins des nourrissons (hexavalents, pentavalents, hépatite b, Haemophilus, Prevenar®) utilisant l'aluminium comme adjuvant essentiel à leur efficacité.

Peut-on faire un Pentavalent acellulaire à un patient présentant une sclérose tubéreuse de Bourneville révélée par des convulsions à l'âge de 1 mois ? Ou est-il plutôt conseillé de ne pas le vacciner ? Les contre-indications neurologiques de la vaccination anti-coquelucheuse ont été précisées lors de l'AMM des vaccins hexavalent acellulaires : **encéphalopathie d'étiologie inconnue**, survenue dans les 7 jours suivant une vaccination antérieure par un vaccin contenant la valence coquelucheuse. La sclérose tubéreuse de Bourneville ne rentre pas dans ce cadre. De plus, plusieurs études montrent que les vaccins contenant la valence coquelucheuse (y compris les vaccins coquelucheux à germes entiers) ne constituent **pas un facteur de risque d'aggravation** de la maladie [Goodman *Vaccine* 1998;16 :225, Jozwiak *Arch Neurol* 1998;55:379]. La vaccination par un pentavalent ou un hexavalent acellulaire peut donc être proposée en prenant les précautions habituelles : dans une phase de stabilité sur le plan des convulsions, injection tôt dans la journée, traitement antipyrétique préventif.

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