



## Bulletin Infovac-France n° 4, Avril 2005

### 1. Pour votre information :

Dans sa séance du 18 mars, le **CSHPF** a approuvé le **plan national d'élimination de la rougeole**. Celui-ci prévoit des modifications concernant la vaccination qui devraient figurer au **calendrier vaccinal 2005**. Parmi ces mesures :

- l'**administration de la seconde dose de vaccin ROR est maintenant recommandée avant 2 ans**, avec un intervalle d'au moins 1 mois après la première dose qui reste recommandée à 12 mois;
- **les nourrissons en crèche devraient recevoir une première dose de vaccin trivalent ROR à 9 mois**, la seconde dose de ROR étant administrée entre 12 et 15 mois, sans nécessité de dose ultérieure;
- un **rattrapage vaccinal (total 2 doses de vaccin ROR)** est recommandé **aux enfants de 2 à 13 ans** (donc nés à partir de 1992 et âgés de plus de 24 mois);
- un **rattrapage vaccinal (au moins 1 dose de vaccin trivalent ROR)** est recommandé **aux sujets de 14 à 25 ans** (donc nés entre 1980 et 1991).

Ces mesures ont pour but de **diminuer le réservoir de sujets susceptibles**, en particulier chez **les jeunes enfants et les adolescents-jeunes adultes**, dont le risque de complications de rougeole est particulièrement élevé. Le plan prévoit, en outre, une révision de la conduite à tenir autour des cas, y compris des mesures de vaccination en post-exposition.

Certains pédiatres s'étonnent de la **disparition progressive de certains vaccins** qu'ils utilisaient depuis de nombreuses années... Pour le **DTP®**, les lots fabriqués **n'arrivaient plus à satisfaire aux contrôles** effectués par l'Afssaps avant libération des produits : il est possible que ce vaccin puisse être à nouveau disponible dans les prochains mois. Par contre, le **Monovax®** ne répond plus aux conditions exigées par les agences d'enregistrement pour une bonne qualité « pharmaceutique ». La qualité clinique des produits (efficacité, sécurité) n'est pas altérée, mais les industriels estiment que les efforts à consentir pour une remise aux normes seraient longs et coûteux. Sa production est donc interrompue.

Une revue de l'efficacité des **vaccins anti-grippaux chez l'enfant sain** a été publiée récemment [Jefferson, *Lancet* 2005; 365: 773]. Elle a analysé 14 études randomisées, 8 études de cohortes, une étude cas-témoins et une étude contrôlée au cours d'une épidémie. **Chez l'enfant de plus de 2 ans**, le vaccin vivant atténué (non disponible en Europe) a une efficacité de **79%** alors que les vaccins tués ont une efficacité moindre (**65%**). **Avant l'âge de 2 ans**, l'efficacité des vaccins anti-grippaux chez l'enfant sain n'est pas démontrée. En effet, seulement deux études ont été réalisées chez des enfants de moins de 2 ans, études par ailleurs de qualité moyenne. Elles ne tiennent pas compte de la concordance du vaccin avec les souches circulantes, du nombre de dose recommandées selon l'âge et l'anamnèse vaccinale (primovaccination ou vaccination antérieure) ni du délai entre vaccination et exposition (l'efficacité de la vaccination contre la grippe n'étant maximale que pendant quelques mois). Cette étude **ne remet donc pas en question la vaccination des nourrissons et jeunes enfants à risques** mais elle **souligne la nécessité de réalisation d'autres études avant d'éventuelles recommandations de vaccinations généralisées** des enfants en bonne santé.

**Vous avez été nombreux (plus de 800) à répondre à l'enquête sur la pratique du BCG. Résultats dès le prochain bulletin !**

**2. Disponibilité des vaccins :** Les difficultés d'approvisionnement se confirment pour le **Pentacoq®** et pour le **Monovax®** (retrait du marché fin 2005).

**3. En réponse à vos questions :** *Pourriez-vous me communiquer les recommandations concernant le délai optimal post-natal de la sérovaccination anti-HBV à la naissance ? Quel est le délai à ne pas dépasser ?*

Les immunoglobulines doivent être administrées **le plus tôt possible** (recommandées dans les 12 heures), mais peuvent rester efficaces **jusqu'à 7 jours**. Avant l'ère de la vaccination, il avait été démontré que l'efficacité des **immunoglobulines** chez les nouveaux-nés de **mères HBsAg positives** était de l'ordre de 75% lorsqu'elles étaient débutées **dans les 48 heures** après l'exposition. **Le vaccin** pratiqué dans les 3 premiers jours de vie a une efficacité estimée entre 85 et 95%. Là encore, l'administration doit être **le plus précoce possible** (recommandée dans les 24 heures) même s'il vaut mieux une vaccination tardive que pas de vaccination du tout. **L'administration concomitante des immunoglobulines augmente l'efficacité de la vaccination. Les prématurés de moins de 2000 g** ayant des réponses vaccinales moins efficaces, les immunoglobulines ont une importance encore accrue. Ainsi, l'Académie Américaine de Pédiatrie (*Saari Pediatrics* 2003 ;112 : 193) recommande **pour les nouveaux-nés dont les mères sont HBsAg positives** une vaccination et des immunoglobulines **dans les 12 premières heures de vie**. Pour les mères dont le statut HBsAg est **inconnu**, la vaccination est recommandée dans les mêmes délais, associée d'emblée aux immunoglobulines s'il s'agit d'un prématuré de moins de 2kg, une administration retardée étant considérée comme acceptable pour les autres enfants (attente des résultats de la sérologie maternelle jusqu'à 7 jours après l'accouchement). Les immunoglobulines doivent donc être données **le plus tôt possible après la naissance jusqu'à 7 jours au plus tard**, avec une efficacité qui s'amointrit vraisemblablement lorsque le délai augmente. Il faut rappeler aussi que le schéma vaccinal 0, 1, 6 mois peut s'appliquer pour les plus de 2 kg, mais qu'une dose supplémentaire est recommandée pour les poids inférieurs (schéma 0, 1, 2-3, 6-7 mois).

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