

1. Pour votre information :

Vous avez été **nombreux** (869, soit 643 pédiatres et 191 généralistes) à **répondre à l'enquête BCG** réalisée du 19 au 30 avril dernier par **Infovac-France, l'INVS et l'AFPA**. Il est intéressant de noter que hormis pour deux items (nombre de BCG réalisés et souhait d'une formation à la pratique des intradermo-réactions), les pédiatres et les généralistes partagent les mêmes avis. Les résultats complets de cette enquête seront prochainement publiés. Infovac-France vous livre en avant-première quelques informations :

- la majorité des vaccinateurs ne pratique **pas de Tubertest® pré- BCG avant l'âge de 6 mois** ;
- le Monovax® est la forme de BCG le plus souvent utilisée, >93% des réponses ;
- l'option préférée (près des 2/3) après la disparition du Monovax® : **ne vacciner que les patients à risque** ;
- plus de 60% pensent que **les parents pourraient s'opposer à la vaccination** par voie intradermique;
- **plus des 2/3 des praticiens ne peuvent compter sur une aide** (en dehors des parents) pour la contention des enfants pendant l'intradermoréaction ;
- il ne paraît **pas acceptable** pour 2/3 des médecins, d'adresser leurs patients à des confrères ou à des structures spécialisées.

Nous espérons que ces informations aideront les autorités responsables à prendre les décisions attendues. Infovac vous proposera prochainement d'autres enquêtes sur des sujets d'actualité vaccino-logique.

EMLA® et injection intradermique : La disparition déjà effective du Monotest® et celle programmée du Monovax® vont conduire les vaccinateurs à pratiquer de plus en plus souvent des IDR à la tuberculine (Tubertest®) et des BCG intradermiques (**BCG SSI®**), que la vaccination soit généralisée ou réservée à des groupes à risque. Outre les difficultés techniques et la nécessité d'immobiliser l'enfant, ces vaccins sont douloureux et il est tentant d'espérer faciliter une injection ID en proposant un patch d'EMLA® (lidocaïne-prilocaine). Or **l'EMLA® comporte des inconvénients notoires devant décourager son utilisation dans ces indications** :

- **Pour le BCG SSI®, il s'agit d'une contre-indication** répertoriée dans les RCP du vaccin et de l'analgésique : les anesthésiques locaux ayant un effet bactériostatique, ils présentent un risque théorique d'inactivation de ce vaccin vivant. Même si, en 1998, dans une étude ouverte et non randomisée regroupant 388 enfants de 2 semaines à 11 ans, Dohlwitz n'a pas objectivé de différence dans l'induction de la positivité des IDR après BCG dans le groupe EMLA® (n = 269) contre le groupe contrôle (n= 119) [Dohlwitz A. *Acta Paediatr.* 1998;87(4):480-1].
- **Pour le Tubertest®, la réalisation et l'interprétation doivent être particulièrement soignées** puisque le diagnostic de primo-infection tuberculeuse repose en grande partie sur le diamètre d'induration obtenue par le test. Or une étude récente chez des adultes montre qu'il peut y avoir **plus de 6 mm d'écart** entre deux IDR si Emla® est utilisé [Dubus JC. *European Respiratory Society, Vienne 2003. European Respiratory Journal. Abstract*]

2. Disponibilité des vaccins : Les difficultés d'approvisionnement résolues pour le **Pentacoq®** et le **Monovax®**.

3. En réponse à vos questions : **Est-ce qu'un enfant ayant fait une coqueluche est protégé à vie ? De façon générale, quelles sont les maladies qui entraînent une immunité suffisante pour ne plus nécessiter une vaccination ?** On a pu croire que la coqueluche conférait une immunité définitive tant que l'intense circulation du germe permettait des contacts répétés réalisant des rappels naturels. Maintenant que ces contacts sont devenus rares, la maladie immunise pour quelques années. Le maintien de l'immunité, qu'elle soit post-infectieuse ou post-vaccinale, repose essentiellement sur la persistance de taux d'anticorps suffisants à la protection - que ceux-ci soient directement protecteurs ou reflètent aussi le maintien de l'immunité cellulaire. Une immunité prolongée est observée après les maladies virales (hépatites A et B, rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, encéphalite à tiques...), probablement par la persistance dans l'organisme d'antigènes viraux stimulant les cellules mémoires à se différencier en plasmocytes producteurs d'anticorps. Au contraire, les maladies bactériennes induisent une immunité qui n'est que transitoire (coqueluche, pneumocoques), voire absente (diphtérie, tétanos, méningites bactériennes chez le nourrisson) ou encore limitée à un seul sérotype/sérogroupe (pneumocoques, méningocoques). Il est donc indispensable de (re)vacciner après ces infections bactériennes !

J'ai vacciné hier un enfant de 5 mois 1/2 avec Infanrix® et Prévenar® (3^{ème} dose de chaque). Il a déclaré la varicelle dans les heures qui ont suivi. Quelles sont les conséquences éventuelles ? Dois-je prévoir une 4^{ème} dose avant le rappel prévu entre 16 et 18 mois ? Bien qu'il ne soit pas recommandé de vacciner en phase aiguë d'une maladie infectieuse et que la varicelle puisse induire un certain degré de dépression immunitaire, celle-ci est modérée et porte plus sur l'immunité cellulaire qu'humorale. Il n'est donc pas utile de proposer une dose supplémentaire. Il peut par contre être intéressant, au cas où l'immunogénicité aurait été partiellement diminuée, de prévoir le rappel de la 2^e année dès l'âge de 16 mois.

Je souhaiterais connaître la conduite à tenir dans une situation de "retard de vaccination" : 1 adulte et 2 enfants ont reçu une seule dose de vaccin anti-Hépatite A (Havrix®), avant des vacances à l'étranger, il y a environ 4 à 6 ans. Faut-il recommencer toute la vaccination (2 injections) ? Une seule injection est-elle suffisante ? Une seule injection de rappel suffit. Il n'y a pas d'intervalle maximum en matière de vaccination, mais un nombre total d'injections à réaliser (« chaque dose compte »). L'immunogénicité d'un rappel tardif de vaccin hépatite A a fait l'objet de plusieurs études : la réponse après un rappel fait plus tardivement (24 à 66 mois) apparaît équivalente à celle observée quand celui-ci est fait 6 à 12 mois après la primovaccination [Landry P. *Vaccine* 2001; 19:399-402].

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