Bulletin InfoVac-France n° 2, Février 2006

1. Pour votre information : **Risques d'oreillons chez les adolescents et jeunes adultes !** Le dernier numéro du MMWR (www.cdc.gov/mmwr/) décrit **l'épidémie** survenue au **Royaume-Uni en 2004 et 2005**, où elle a touché **plus de 55.000 adolescents et adultes jeunes,** dont **la majorité n'avait pas été vaccinée contre les oreillons.** En effet, cette vaccination ayant été introduite en 1988, les jeunes **nés entre 1980 et 1988** qui n'ont pas été vaccinés ont eu moins de « chances » d'attraper les oreillons en tant qu'enfants et sont devenus susceptibles- du fait de la diminution de la circulation du virus par la vaccination des plus jeunes. Certes, cette maladie se traduit le plus souvent par une simple parotidite fébrile, mais elle peut entraîner des **complications sérieuses** (encéphalite, pancréatite, orchite, surdité), notamment après la puberté. ***Pourquoi cette publication dans le journal du CDC américain ?*** Parce qu'une épidémie de 31 cas a été déclenchée dans un camp de vacances de New York par un jeune anglais engagé comme instructeur – sans que personne n'évoque le diagnostic ! **Moralité : rattrapage de 2 doses de ROR, quel que soit l'âge !**

Le même numéro du MMWR contient les nouvelles **recommandations américaines** de **vaccination des adolescents contre la coqueluche** avec les vaccins acellulaires dTaC Polio (Repevax® ou Boostrix®) et précise les **délais à respecter** depuis le dernier vaccin diphtérie-tétanos (dT). Bien qu'**un intervalle de 10 ans** soit recommandé entre 2 doses de vaccin dT, **le délai minimum entre la dernière dose de vaccin DTaC (à 4-6 ans) et un rappel dTaCP a été réduit à 5 ans** étant donné le bénéfice potentiel du rappel coqueluche. Des intervalles plus courts **font craindre** une fréquence plus élevée d'effets indésirables, notamment locaux (phénomène d'Arthus). Pourtant, 4 études récentes au Canada et en Allemagne montrent que la tolérance est excellente même pour les adolescents dont le dernier rappel dT date de seulement 2 ans *(Halperin S et al Pediatr Infect Dis J 2006 (in press) ; Friedland LR. 45th ICAAC, 2005; David ST et al, Can Commun Dis Rep 2005;31:117--26 ; Canada Communicable Disease Report 2005;31(ACS-8 and 9):17—24).* Il est donc vraisemblable que le délai minimum **sera ramené à 2 ans** dans un prochain avenir au moins dans le contexte d'une épidémie.

Pour répondre à vos questions concernant le **virus Chikungunya** qui sévit actuellement à la Réunion, **une mise au point** est disponible sur le site www.infovac.fr

2. Disponibilité des vaccins : Les firmes ne nous signalent aucun problème d'approvisionnement.

3. En réponse à vos questions : ***Peut-on combiner dans la même seringue les vaccins typhoïdes et fièvre jaune ?*** A priori, **les mélanges « sauvages » ne sont jamais conseillés** ! La compatibilité vaccinale doit faire l'objet d'études évaluant la stabilité du mélange, les interférences antigéniques, les interactions éventuelles entre les conservateurs ou adjuvants, etc. afin de déterminer les conséquences sur le plan de l'immunologie et des effets indésirables. Dans ce cas précis, **il existe une étude** *[Ambrosch F. Combined vaccination against yellow fever and typhoid fever : a comparative trial. Vaccine 1994 ;12]* dans laquelle 209 sujets adultes ont reçu Typhim Vi® et le vaccin 17D contre la fièvre jaune injectés soit séparément, soit simultanément en deux sites, soit combinés (le Typhim Vi® servant alors de solvant au vaccin fièvre jaune). Cette étude ne retrouve aucune différence de réactogénicité. L'immunogénicité (taux d'AC) est identique contre la typhoïde et semble meilleure pour la fièvre jaune en cas d'injections simultanées ou combinées ! Interrogée, **l'AFSSAPS ne semble pas avoir retenu cette étude** qui n'a d'ailleurs pas été déposée. **Elle ne peut donc recommander une telle association.**

Après avoir injecté un vaccin pentavalent (4ème dose à 16 mois de vie), une maman me signale qu'elle avait conservé le vaccin au congélateur quelques heures. Quelle est la conduite à tenir ? Les vaccins, d'une façon générale, et ceux adsorbés sur aluminium particulièrement, supportent très mal la congélation. Le risque essentiel est **l'inefficacité**. Dans la première année de vie, où il est important d'obtenir rapidement une protection, nous conseillons de **ne pas compter la dose donnée et d'administrer d'emblée une dose supplémentaire**, le risque d'une réactogénicité accrue étant très faible… par rapport au bénéfice potentiel. Au-delà d'un an, nous conseillons de **doser les anticorps anti-tétaniques un mois après l'injection**. S'ils sont élevés (>1 UI/ml) on peut considérer que le vaccin a conservé son efficacité. Dans le cas contraire, il faut réaliser **une injection supplémentaire**.

Je viens de voir un nouveau-né de 3 semaines dont le papa est porteur chronique d'Ag HBs et dont la maman est vaccinée; le premier vaccin contre l'hépatite B n'a pas été fait en maternité; vue la lourdeur du calendrier vaccinal dans les premiers mois de vie, est-il indispensable de faire cette injection dans les prochains jours ou peut-on attendre 5 ou 6 mois ? Il est indispensable de **vacciner aussi vite que possible** cet enfant. Plusieurs études ont évalué le **risque de transmission intrafamiliale** à partir d'un porteur chronique. Par exemple, un marqueur sérique du virus de l'hépatite B a été retrouvé chez **75% des conjoints, 35% des enfants, 22% des ascendants et 50% des collatéraux** *[Zoulim Virologie de l'hépatite B. Encycl Med Chir, Hépatologie, 7-015-B-30. 1996 : 19].* La fréquence des cas de contamination familiale sans source identifiée de transmission et la présence du virus à titres élevés dans les sérosités de plaies font suspecter une **transmission par contact ou par la salive**, lors de contacts étroits et prolongés. **Notre conseil** : **2 doses** de vaccin hépatite B à un mois d'intervalle, **en même temps ou à n'importe quelle distance** (jours, semaines) des vaccins pentavalents – à moins que l'Infanrix-Hexa® ne puisse être considéré malgré son absence de remboursement ! Une **3^{e} dose** de vaccin hépatite B (monovalent) est nécessaire 4 mois après la 2^{e} dose, suivie d'**une sérologie** à l'âge de 12 mois. Le risque d'une transmission horizontale est certes plus faible que celui d'une transmission par la mère. En l'absence de vaccination, le **risque d'hépatite chronique**, lié à l'immaturité du système immunitaire, est de plus de 50% dans la première année…

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

© Infovac-France, Infovac-France@wanadoo.fr, http://www.activ-info.net/

Bien qu'il n'existe pas de vaccin (ni d'ailleurs aucun traitement spécifique), InfoVac vous apporte quelques informations sur le Chikungunya pour répondre à vos questions.
Cette maladie est causée par un virus arbovirus de la famille des Togaviridae; c'est un virus à ARN isolé pour la première fois en Tanzanie et en Ouganda en 1953. Cette pathologie se répartit en Afrique, en Asie du sud-est et dans le sous-continent indien. Le réservoir principal est constitué par les singes mais d'autres espèces peuvent être infectées, notamment l'homme. Le virus est transmis à l'homme par des moustiques du genre *Aedes* notamment *aedes aegypti, albopictus, polynesiensis* : pour l'épidémie apparue à la Réunion, le moustique suspecté est *Aedes albopictus* qui pique le jour et à la tombée de la nuit. Depuis mars 2005, l'OMS a estimé à plus de 150'000 le nombre d'infections sur la Réunion, dont 22'000 entre le 6 et le 12 février 2006. L'Ile Maurice a enregistré 206 cas pendant la première semaine de février et les Seychelles 1.255, d'autres cas sont signalés aux Comores et Mayotte. L'augmentation des cas sur la Réunion remonte à avril 2005 : la pluie et les accumulations d'eau incontrôlées ont conduit à une forte augmentation des moustiques vecteurs, avant tout sur la Réunion. Dans la majorité des cas la maladie est sans gravité. Elle se manifeste par de la fièvre et des douleurs articulaires, typiquement des genoux, des chevilles et des petites articulations des extrémités qui peuvent être relativement invalidantes. Une rougeur de la peau et des symptômes grippaux (mal de tête, conjonctivite, etc.) peuvent survenir. La phase aiguë dure quelques jours mais les douleurs articulaires peuvent persister plusieurs semaines pouvant mimer une maladie rhumatologique. Le diagnostic clinique est évoqué du fait du contexte épidémiologique et peut être confirmé par sérodiagnostic (Centre National de Référence des Arboviroses) : les IgM sont identifiées en moyenne à partir du cinquième jour après l'apparition des signes cliniques. Un diagnostic plus précoce peut être obtenu par amplification génique (PCR). Les personnes les plus à risque sont les personnes ayant des maladies chroniques, les enfants en bas âge et les femmes enceintes. Dans de rares cas, chez les enfants surtout, des méningites sont apparues. **Il n'existe pas de vaccin et le traitement est symptomatique**. Nous recommandons au voyageur se rendant dans ces îles de se protéger contre les piqûres de moustiques dès le lever du jour jusqu'à la tombée de la nuit, y compris dans les villes.

© Infovac-France, Infovac-France@wanadoo.fr, http://www.activ-info.net/