



## Bulletin InfoVac-France n° 5, mai 2007

**1. Pour votre information :** La couverture vaccinale par le Prevenar® a augmenté de façon nette depuis la publication du calendrier vaccinal en juin 2006 généralisant à tous les enfants de moins de 2 ans la vaccination anti-pneumococcique. En effet, à partir du nombre de doses mises à disposition, rapportées au nombre de naissances, on peut estimer que le taux de couverture vaccinal des nourrissons avoisinerait les 75% en 2006. Ceci se traduit pour la première fois en France par une diminution significative des infections invasives chez l'enfant [Lepoutre, InVS, ESPID 2007, abstract n°110].

Vous avez été 225 à inclure plus de 2500 patients dans l'étude sur le suivi des effets indésirables du BCG. Les inclusions sont maintenant terminées et le suivi, déjà commencé, doit se poursuivre un an... Bon courage à tous les participants... nous ne manquerons pas de vous tenir au courant des résultats de cette étude.

**2. Disponibilité des produits :** Le Meninvact® (un des 3 vaccins contre le Meningo C) connaît actuellement quelques difficultés d'approvisionnement. Les firmes ne nous signalent pas d'autres manques.

### **3. En réponse à vos questions**

**Comment conseiller au mieux les jeunes adultes vaccinés contre l'hépatite B à l'adolescence et demandant la confirmation qu'ils sont protégés... par exemple, au moment de commencer une école professionnelle dans le domaine de la santé ?** Si la vaccination date de plus de 5 ans, il vaut mieux faire d'abord une injection de rappel, suivie d'un dosage des anticorps anti-HBsAg. En effet, une sérologie négative ne signifie pas que des taux supérieurs à 100 IE/l (significatifs d'une protection persistante et ne nécessitant plus de rappels !) n'ont pas été atteints auparavant. Si la vaccination date de moins de 5 ans, une sérologie peut éviter un rappel supplémentaire si les anticorps anti-HBsAg sont encore > 100 IE/l. Dans les deux cas, les résultats de la sérologie doivent être indiqués dans le carnet de vaccination.

**Un enfant de 18 mois ayant reçu dans la première année ses trois premières injections de Prevenar® a présenté il y a 1 mois une pleuro-pneumopathie à pneumocoque justifiant 15 jours d'hospitalisation et un drainage. Les parents posent la question : pourquoi le vaccin n'a-t-il pas marché et faut-il encore faire le rappel ?** Les sérotypes responsables de pleuro-pneumopathie sont différents de ceux impliqués dans les autres pathologies à pneumocoque (notamment des pneumonies). En effet, les deux principaux sérotypes impliqués dans les pleurésies (19A et 1) ne sont pas couverts par le Prevenar® expliquant probablement cet échec apparent [Bekri Archives de pédiatrie 2007 ;14 :239]. Il est nécessaire de pratiquer le rappel par le Prevenar® chez cet enfant pour continuer à le protéger contre les sérotypes vaccinaux largement prédominants dans les autres pathologies à pneumocoque.

**Peut-on vacciner (ROR, Prevenar® et pentavalent) un enfant dans le deltoïde du même côté que le BCG SSI® fait dans les mois précédents ?** L'AMM figurant dans le RCP du BCG SSI® précise qu'il faut respecter un délai de 3 mois pour injecter un vaccin dans le même site. Bien entendu, si un abcès froid survient, ce délai devra être prolongé. En fait, le problème ne doit pas se poser souvent, car la vaccination dans le deltoïde pour les Pentavalents le Prevenar ou les ROR ne doit être envisagée qu'après l'âge de 1 an et le BCG SSI doit être effectué (pour les sujets à risque) dès les tout premiers mois de vie.

**Quelle est la conduite à tenir pour la vaccination par le BCG chez un enfant présentant une poussée aiguë de dermatite atopique ?** La dermatite atopique en poussée peut constituer une contre-indication temporaire. En effet, la zone où doit être effectué le BCG doit être indemne d'eczéma en raison du risque théorique d'ensemencement de chaque point d'effraction cutanée. Il vaut mieux dans ce cas différer la vaccination et profiter d'une période de rémission pour vacciner.

**Que faire pour protéger une femme enceinte séronégative pour la varicelle dont le premier enfant de 13 mois fréquente une crèche où des premiers cas de varicelle viennent d'être déclarés ?** Aucune des solutions possibles –vaccination de l'enfant (Varilrix® ou Varivax®) pour protéger la mère, immunoglobulines spécifiques (Varitect®) ou anti-viral (Zovirax® ou Zelitrex®)– n'a d'AMM ou n'est recommandée. Pour ces derniers, bien qu'ils soient proposés par des obstétriciens, il n'y a aucune étude démontrant l'efficacité et l'innocuité de tels traitements dans la prévention de la varicelle. L'option de protéger l'enfant pour protéger la mère paraît la plus satisfaisante, même s'il y a un risque faible (1 à 3%) que l'enfant présente une éruption varicelliforme (essentiellement autour du point d'injection). En effet, la contagiosité de ces varicelles vaccinales est probablement très faible: concernant Varivax® sur 6 années (dans l'expérience américaine) une transmission à l'entourage a été suspectée 114 fois, le virus vaccinal (recherché dans tous les cas) n'ayant été retrouvé que 3 fois.

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