

**1. Pour votre information :**

Le calendrier vaccinal 2008 paraît cette année le 22 avril pour coïncider avec la semaine de la vaccination : 21- 27 avril 2008. [http://www.invs.sante.fr/beh/2008/16\\_17/beh\\_16\\_17\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/16_17/beh_16_17_2008.pdf). Par rapport au calendrier 2007, il comprend notamment de nouveautés pour la coqueluche et la grippe saisonnière.

**■ Vaccination contre la coqueluche**

L'importance du rappel coquelucheux à l'âge de 11-13 ans chez tous les adolescents est soulignée. Un rattrapage à l'âge de 16-18 ans par l'administration d'un vaccin dTcaPolio est recommandée pour les enfants ayant échappé au rappel coquelucheux à l'âge de 11-13 ans. **Pour ceux qui ont reçu hors recommandation un rappel à l'âge de 5-6 ans, pas de valence coqueluche à 11 ans (D ou dTP) mais valence coqueluche à 16-18 ans dTcaPolio. Pour les adultes n'ayant pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des dix dernières années**, un rattrapage est recommandé en substituant une injection de dTcaPolio au rappel décennal de dTP de 26-28 ans. La recommandation d'une vaccination avec le vaccin dTcaPolio des **adultes ayant un projet parental** et, à l'occasion d'une grossesse, la mise à jour des vaccinations des membres de l'entourage familial est également rappelée. **La vaccination contre la coqueluche est désormais recommandée à l'ensemble des personnels soignants** à l'occasion d'un rappel décennal de vaccin dTP. Cette mesure s'applique aussi aux étudiants des filières médicales et paramédicales. Dans ces deux derniers cas, le délai minimal entre un vaccin dTPolio et un vaccin dTca Polio peut être ramené à deux ans. En cas de survenue de cas groupés de coqueluche en collectivité, ce délai peut être ramené à un mois

**■ Vaccination contre la grippe saisonnière**

La vaccination anti-grippale est désormais recommandée à **l'entourage familial des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave** et aux **femmes qui accouchent durant la période de circulation virale et dont l'enfant présente des facteurs de risque. La vaccination généralisée de la femme enceinte n'est pas recommandée.** Toutefois, les **femmes enceintes ayant des facteurs de risque** peuvent être vaccinées au cours du deuxième ou troisième trimestre de grossesse ainsi que celles à risque élevé de complications associées à la grippe, quel que soit le stade de la grossesse.

**2. Disponibilité des produits :** Le Jevax®, vaccin contre l'encéphalite japonaise n'étant plus commercialisé, un vaccin de la Korean Red Cross est disponible pour les centres habilités en ATU : il faut respecter au plus près les cibles vaccinales définies par les recommandations officielles. Le Ménomune® (anti-méningococcique polysaccharidique ACYW135) de Sanofi-Pasteur-MSD n'est plus commercialisé, remplacé en ATU par un vaccin équivalent de GSK (Mencevax®).

**3. En réponse à vos questions :**

**Pouvez-vous nous rappeler les mesures à prendre après exposition à la rougeole ?** La contagion commence avec les symptômes respiratoires, **48h avant l'éruption**, et dure jusqu'à leur disparition. La vaccination est efficace **dans les 72h** après l'exposition. Plus tard, elle est **sans risque**, mais inefficace. Les contacts ne pouvant être vaccinés (nourrissons < 6 mois, femmes enceintes, patients immunosupprimés) doivent avoir **une sérologie en urgence** (inutile chez les nourrissons) pour déterminer l'indication à une prophylaxie par perfusion d'**immunoglobulines totales** (0.4 g/kg), efficaces **jusqu'à 7 jours** après le contagement. Les immunoglobulines doivent aussi être administrées aux sujets réceptifs qui n'ont pu être vaccinés dans les temps. La protection est de plusieurs mois (suivre les sérologies). Enfin, pour limiter les cas secondaires nous conseillons aux sujets à risques élevés de rougeole (=contact direct avec un patient et non vaccination dans les 72h) de **ne PAS fréquenter de collectivité (crèche, école...) pendant 2-3 semaines.**

**J'ai administré, en rappel, un Infanrix Hexa® dans la cuisse droite et un vaccin pneumococcique conjugué dans la cuisse gauche. Il a gardé des granulomes sous-cutanés aux points d'injection qui, au bout d'un an, ne sont toujours pas partis (taille d'un petit pois, mobile, indolore). Comment expliquer cette réaction et que proposer à cet enfant ?** Tous les vaccins contenant de l'hydroxyde ou phosphate d'aluminium, peuvent induire des granulomes sous-cutanés post-vaccinaux. Les granulomes qui persistent et déclenchent un prurit se rencontrent en général chez des enfants atopiques ("eczématisation du granulome"). Pour soulager cet enfant, proposez l'application d'un dermocorticoïde, 1 fois par jour, pendant plusieurs jours, suivie d'applications d'émollients deux fois par jour jusqu'à disparition de tout prurit. Le granulome ne disparaîtra pas complètement et restera une épine irritative locale. Si, malgré ce traitement répétitif, la lésion prurigineuse ne s'atténue pas, un avis dermatologique serait à programmer pour décision d'une éventuelle biopsie de ce "granulome" persistant, à la recherche d'une banale hyperplasie lymphocytaire, de la présence d'aluminium par coloration de Morin ou pour s'assurer que cette lésion ne soit pas évocatrice d'un début d'une maladie granulomateuse chronique pédiatrique dont la liste étiologique est longue.

***Soyez nombreux à participer à une enquête sur l'impact du vaccin anti pneumococcique dans l'otite moyenne aiguë et la pneumonie de l'enfant de 0 à 2 ans qui vous sera proposé prochainement***

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