

### 1. Pour votre information :

La conjonction d'une **épidémie de rougeole** de grande ampleur en **Suisse** et en **Autriche** avec l'**Euro de football en Juin** a conduit différentes autorités de santé à préconiser la vaccination contre la rougeole pour tous les voyageurs devant séjourner dans ces pays. Pour les personnes qui n'ont pas d'antécédent de rougeole, mise à jour ou rattrapage de la vaccination anti-rougeoleuse (2 doses jusqu'à 16 ans, 1 dose de 17 à 44 ans). <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/communiqués/foyers-epidémiques-rougeole-différents-pays-européens-dont-france-recommandations-vaccinales.html>. De plus, **différents foyers de rougeole** ont été signalés **ces derniers mois en France** (Reims, Meaux, Paris...) dont plusieurs cas nosocomiaux, traduisant le non respect des **recommandations** ([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)) notamment par les professionnels de santé. Le taux de couverture vaccinale en France n'étant pas optimal, nous ne sommes pas à l'abri d'épidémies.

Le dernier BEH (Parent du Chatelet BEH 2008;14-15:102) fait le **bilan de 10 années** (1997-2006) de **surveillance des infections rubéoleuses durant la grossesse** à travers le réseau de laboratoires Rénarub en France métropolitaine. Le **taux d'incidence de la rubéole congénitale malformative (RCM)** est passé de 1,1 cas pour 100 000 naissances en 1997 à moins de 0,5 depuis 2002 et à **zéro en 2006** (7 infections maternelles). L'augmentation de la proportion d'infections maternelles donnant lieu à une **interruption de grossesse** (86 entre 1997 et 2006), passée de 30% en 1997 à 52% en 2002, explique cependant une partie de la baisse des RCM. Parmi les 100 femmes qui avaient eu au moins une grossesse antérieure, 64 avaient des antécédents obstétricaux en France et 49 n'avaient pas été vaccinées. Si elles l'avaient été à la suite d'une grossesse antérieure (post-partum), 6 RCM et 11 IMG auraient été très certainement évitées. Les efforts visant à **augmenter la couverture vaccinale** doivent donc être poursuivis, non seulement chez les enfants mais également auprès d'adolescentes et de jeunes femmes en âge de procréer.

**2. Du côté des produits :** Des difficultés d'approvisionnement en **Boostrix®** sont à prévoir pour les prochaines semaines. Pour le Priorix®, l'approvisionnement est tendu. Dans les semaines à venir, le **ROR VAX®** (Sanofi Pasteur MSD) va progressivement être remplacé par **M-M-R-vax Pro®** - un nom à consonance anglaise pour répondre à une nomenclature européenne. Le principal changement entre les deux vaccins est le remplacement de l'albumine humaine par une albumine de synthèse. Le Mencevax® (anti-méningococcique polysaccharidique ACYW135) de GSK vient d'obtenir une AMM. Il ne sera pour l'instant disponible que dans les centres de vaccination du voyageur.

### 3. En réponse à vos questions :

**Travaillant dans un centre de vaccination du voyageur, j'utilise le Mencevax® depuis 1 mois, le Menomune® étant en arrêt de fabrication. En lisant les recommandations du producteur je m'aperçois qu'il est écrit qu'une 2ème dose est nécessaire au bout d'un an, pour les moins de 5 ans. J'ai du mal à comprendre pourquoi, puisqu'il a la même composition que le vaccin précédent. Faut-il vraiment faire une deuxième dose ?** Non. Il est inutile de refaire une deuxième dose de vaccin polysaccharidique chez ces patients. Elle serait plus probablement délétère qu'utile puisque les doses répétées de vaccins polysaccharidiques induisent une hyporéponse. Le Mencevax® était disponible dans le cadre d'une ATU de cohorte, pour remplacer le Ménomune® en arrêt de fabrication. La brochure dans le produit disponible correspond à un RCP Belge plutôt ancien. Ce vaccin a obtenu récemment une AMM française pour une dose unique, à répéter après 5 ans si le risque persiste.

**Une famille polonaise avec 2 enfants (1 an et 3 ans) repart en vacances en Pologne pour l'été avec déplacements dans le NE du pays et vers Cracovie. L'indication de TICOVAC® est-elle pertinente pour cette famille ? Les recommandations et la cartographie du guide des vaccinations 2006 sur l'encéphalite à tique sont-elles toujours d'actualité ?** OUI, la zone d'extension et l'incidence de la maladie sont en augmentation dans toute l'Europe de l'Est, sauf en Autriche où 88% de la population est vaccinée mais où le réservoir animal persiste. La Pologne fait partie des zones à risque. Le conseil des collègues locaux est de vacciner toutes les personnes voyageant en zone d'endémie, encore plus que par le passé.

**Peut-on attraper deux fois la varicelle ?** Classiquement **non**, une infection par le virus de la varicelle conférant une immunité à vie. En fait, quelques cas de varicelle certaine prouvée à deux reprises par une culture de virus ont été rapportés. Une enquête faite par le CDC en 2002 (Hall Pediatrics 2002 ;109 :1068) montre que 5 à 10 % des enfants ayant présenté une varicelle ont dans leurs antécédents une histoire clinique compatible avec une première varicelle (contact familial, éruption évocatrice...). Les facteurs favorisant la survenue d'une récurrence sont le jeune âge, une forme mineure du premier épisode de varicelle et/ou des facteurs génétiques – tout ceci diminuant l'intensité / la persistance de la réponse immunitaire.

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