

**1. Du côté des produits :** Le Tubertest® est en rupture de stock pour une période d'au moins un mois. Notre conseil est de transitoirement, ne plus réaliser de test avant le BCG (sauf enfant de plus de 3 mois à très haut risque) **sans retarder la vaccination et de le réserver uniquement au diagnostic de tuberculose**. Le Meningitec® est transitoirement indisponible. La vaccination contre les méningo C peut être effectuée avec le NeisVac C® ou le Menjugate®. Le DTPolio® restera indisponible pendant plusieurs mois.

**2. Pour votre information :** Quelques informations concernant les vaccinations présentées au dernier congrès international d'infectiologie (ICAAC 2008, Washington).

**Rougeole, oreillons, rubéole :** la Finlande fête 12 ans d'élimination de la circulation de la rougeole, des oreillons et de la rubéole ! Depuis 1996, elle n'a compté que 8 rougeoles (importées !) touchant des sujets non vaccinés, 32 oreillons (dont 7 chez des vaccinés) et 6 rubéoles (dont 1 vacciné). Aucune importation n'a causé d'épidémie, grâce à une vaccination non obligatoire mais atteignant 95% [Peltola H Abst G1-422].

**Pneumocoques :**

- Le CDC confirme le maintien de l'énorme impact de la vaccination conjuguée (Prevenar®) contre les pneumocoques aux USA. Entre 2001 et 2006, la vaccination a permis d'éviter plus de 170,000 maladies invasives et 10,000 décès aux USA, dont la moitié chez des sujets non vaccinés (immunité de groupe) ! [Whitney C.] Entre 1998 et 2006, l'incidence des maladies invasives à pneumocoques tous âges confondus a diminué de 45% (de 24.4 à 13.5 pour 100,000). Ceci recouvre une diminution majeure des sérotypes vaccinaux (de 15.5 à 1.3 pour 100,000, 88-100%) et une augmentation restée faible (de 6.9 à 9.9 pour 100,000) des sérotypes non prévenus par la vaccination. **Même constat au Québec**, qui utilise le schéma (2 doses + 1 rappel), où la vaccination des nourrissons a fait diminuer les sérotypes vaccinaux (et augmenter un peu les non vaccinaux) dans tous les groupes d'âge, jusqu'aux grands-parents [de Walls P. Abst G2-111].

- Les résultats d'études de phase III du nouveau vaccin 13-valent ont été présentés : aussi bien toléré que le Prevenar®, son immunogénicité contre les sérotypes 1, 3, 5, 6A, 7F et surtout 19A (sérotipe fréquent et résistant aux antibiotiques dans de nombreux pays) est bonne [Kieninger D Abst G2-11].

- On savait déjà qu'il était important de vacciner tôt (dès 2 mois) par le Prévenar® du fait de la survenue dès les premiers mois de vie du pic de fréquence des infections invasives à pneumocoque notamment des méningites. Dagan et col [Abst G2-3740] viennent d'apporter une raison supplémentaire de vacciner tôt : **les enfants déjà colonisés par un sérotipe** de pneumocoque (6B,23F,19F) **ont une réponse immunitaire nettement moins bonne** contre ces sérotypes **que ceux qui n'étaient pas préalablement colonisés**. Cette hypo réactivité pourrait être due à une déplétion des lymphocytes B spécifiques de ces polysaccharides, induite par la colonisation précoce. La colonisation par le pneumocoque est très faible dans les deux premiers mois de vie, mais augmente très rapidement après, en particulier dès que l'enfant est socialisé...

**Rotavirus :** Tous les états des USA ayant introduit la vaccination rapportent un impact majeur (>90-95% de réduction des hospitalisations dues à ce virus) et immédiat (dès la première saison !) [Daskalaki I G1-432; Mast T G1-433; Patel JA G1-434; Harrison CH G1-435; Hatch S G1-436; Clark HF G1-43]. Aucune association avec une invagination intestinale ou autre effet secondaire grave n'a été rapporté [Irving SA G1-439]. Un excellent rapport coûts-efficacité est attendu du fait de l'impact sur les services d'urgence et sur les hospitalisations....

**Vaccination grippe inefficace chez les personnes âgées ? : Un biais de sélection** a été identifié dans les études observationnelles de l'efficacité de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées: **les personnes les plus vulnérables, jugées trop fragiles ou trop malades pour bénéficier d'une vaccination contre la grippe, ne sont souvent pas vaccinées par leur médecin et donc pas incluses dans ces études**. Effectivement, le fait de ne plus être vacciné contre la grippe par son médecin (« inutile à ce stade pour ce patient... ») est un facteur prédictif d'un décès (quelle que soit la cause) dans l'année suivante ! Les études ont donc inclus essentiellement des sujets âgés mais en relative bonne santé – ce qui a surévalué l'efficacité vaccinale. **La « controverse » actuelle porte donc sur l'ampleur de l'efficacité vaccinale chez les personnes âgées les plus fragiles** – dont certaines pourraient ne répondre que peu (ou pas) à la vaccination... **Notre conclusion :** continuer à vacciner les aînés même les plus vulnérables (*mieux vaut une efficacité partielle que nulle par non vaccination !*), mais aussi vacciner leur entourage – y compris leurs petits enfants qui sont une source majeure d'infection grippale.

*Il est temps de vacciner vos patients contre la grippe, d'autant plus que les réseaux GROG signalent quelques cas sporadiques, et nombre d'enfants nécessitent 2 injections à ≥ 1 mois d'écart.*

**InfoVac vous propose les questions-réponses les plus fréquentes**

(<http://www.infovac.fr/bulletins/facgrippe2008.pdf>) et instructives sur la vaccination contre la grippe

Claire-Anne Siegrist, Pierre Bégue, Pierre Bakhache, 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, Robert Cohen.