

1. Pour votre information : Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a modifié le **schéma vaccinal** par le vaccin **pneumococcique conjugué** et recommande d'utiliser **deux injections** séparées d'un **intervalle de deux mois aux âges de 2 et 4 mois, et un rappel à l'âge de 12 mois**. Ce rappel peut notamment être réalisé le même jour que la première dose du vaccin trivalent rougeole-rubéole-oreillons, en deux sites d'injections différents. Le HCSP insiste sur la nécessité d'obtenir une couverture vaccinale la plus élevée possible pour les deux premières doses et pour le rappel – indispensable au maintien de la protection et à l'immunité de groupe. **Pour les prématurés et les nourrissons à haut risque** d'infection invasive à pneumocoque, le HCSP recommande de **maintenir le schéma vaccinal 3+1** (2, 3, 4 et 12-15 mois).

La **circulation des virus grippaux s'intensifie fortement en France, notamment en Ile-de-France** où les tests de diagnostic rapide de la grippe positifs atteignent des pourcentages très élevés (70%). Le virus grippal dominant est de **sous-type A (H3N2)** correspondant à la souche vaccinale. A ce jour, les souches testées sont **sensibles au Tamiflu®** (Bulletin GROG du 24 Décembre 2008).

Le dernier Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) donne les résultats de l'enquête triennale (2005) sur les **couvertures vaccinales des enfants de 11 ans** en CM2, effectuée par des services du ministère de la Santé, de l'Éducation nationale et l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). La **couverture est élevée** pour les vaccins contre la **tuberculose** (BCG : 98,1%), le **tétanos**, la **diphtérie** et la **poliomyélite**, (DTPolio 5 doses : 90,6%) et la **coqueluche** (4 doses : 90,9%). La couverture **RRO (1^{ère} dose)** est élevée mais administrée trop tardivement. **La couverture RRO (2^{ème} dose) a progressé considérablement (70%) mais doit encore être améliorée. La couverture hépatite B a progressé depuis 2002 mais reste très insuffisante (38%)**. Cette couverture hépatite B est significativement meilleure dans les Dom qu'en Ile-de-France et significativement plus faible dans les régions Ouest, Sud-Ouest et Centre-Est. Plus la taille de la ville où l'enfant est scolarisé augmente, plus la couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B est élevée. Les aînés d'une fratrie ou les enfants uniques sont significativement mieux vaccinés.

<http://www.invs.sante.fr/beh/>

Le même BEH décrit la **surveillance des infections méningococciques par l'InVS, qui reste stable depuis 2004**. En **2007, 721 cas** d'infections invasives ont été déclarés (1,3 cas pour 10⁵ habitants), essentiellement (64%) chez des moins de 20 ans. La distribution des sérogroupes reste inchangée (B : 66%, C : 25%, W135 : 4%, Y : 4%), avec 46% de méningites isolées, 21% de méningococcémies isolées et 31% de méningites avec méningococcémie.

<http://www.invs.sante.fr/beh/>

Le **dernier numéro des Archives de pédiatrie** (décembre 2008, volume 15, supplément 3, p.S97-S165) est consacré à l'**observatoire des méningites bactériennes** du Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique et d'ACTIV. **2951 cas** de méningites bactériennes ont été colligés en **7 ans** (2001-2007), pour la moitié des méningocoques (séro groupe B : 59%, C : 29%) et pour près d'un tiers des pneumocoques. Contrairement à d'autres pays où la réduction du nombre total de méningites à pneumocoques a été spectaculaire suite à l'introduction du vaccin anti-pneumococcique conjugué, cette **réduction reste beaucoup plus modeste** (environ 25%) en France, le remplacement sérotypique étant important. Ceci reflète vraisemblablement la lente augmentation initiale de la couverture vaccinale en France, une situation qui devrait changer avec l'arrivée de vaccins avec plus de valences et d'émulsiés recommandés en vaccination généralisée.

2. Du côté des produits : Le **Tubertest®** est de nouveau disponible. Le **Meningitec®** est transitoirement indisponible, la vaccination contre les méningocoques C pouvant être effectuée avec le **NeisVac-C®** ou le **Menjugate®**. Le **DTPolio®** restera indisponible pendant plusieurs mois. **Deux vaccins viennent d'obtenir une AMM européenne : Intanza/IDflu®** (Sanofi Pasteur), vaccin grippal par voie intradermique chez l'adulte, **Ixiaro®** (Intercell), vaccin encéphalite japonaise. (<http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/67072408en.pdf>)

3. En réponses à vos questions : Un enfant de 10 ans a une maladie de Bruton pour laquelle il reçoit des veinoglobulines par voie sous-cutanée toutes les semaines. Quelle attitude préconisez-vous en ce qui concerne les vaccinations ? Les vaccins à virus vivants (RRO, varicelle, fièvre jaune, rotavirus) sont contre-indiqués. Les immunoglobulines devraient le protéger, au moins partiellement, contre ces infections. Les vaccins inactivés peuvent être pratiqués pour stimuler les cellules T, ce qui peut être intéressant pour la grippe (pas / peu d'anticorps dans les immunoglobulines et la réponse T contrôle la sévérité de la maladie) !

En consultant les sérologies de grossesse d'une maman (2^{ème} pare), la sérologie rubéole est négative bien qu'elle ait reçu deux doses de vaccin anti-rubéole (une dans l'enfance et une seconde après la naissance de son premier enfant). Doit-on la revacciner ? Non ! Deux doses de vaccin rubéole faites de façon certaine induisent une réponse sérologique proche de 100% - mais à des taux pouvant ne pas rester détectables par les tests de routine validés pour le diagnostic d'une infection rubéoleuse. Dans le calendrier vaccinal il est précisé « qu'il n'y a pas lieu de vacciner les femmes ayant reçu deux vaccinations préalables quelque soit le résultat de la sérologie ».

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