

1. Pour votre information : A l'occasion de la **semaine de la vaccination** (<http://www.semaine-vaccination.fr>), le **BEH** du **20 Avril 2009** (<http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>) présente les **nouvelles recommandations vaccinales 2009** et le **nouveau calendrier vaccinal**. Voici les principales innovations :

- **Présentation :** Le **calendrier vaccinal change de look !** Les recommandations sont présentées vaccin par vaccin, par ordre alphabétique, et pour chacun selon le contexte, recommandations générales, particulières et en milieu professionnel. Il devrait être plus lisible. Le tableau synoptique a été divisé et complété : un tableau pour l'enfant, un pour l'adolescent et l'adulte, un pour le milieu professionnel et les schémas de rattrapage. Les informations devraient être plus claires.
- Les objectifs pour la **Rougeole** (thème national de la Semaine Européenne de la Vaccination) sont d'obtenir une couverture vaccinale de 95% avant 2 ans, d'assurer le rattrapage des personnes non vaccinées au-delà de cet âge, d'appliquer les mesures de prévention autour d'un cas, ce qui suppose le respect de l'obligation de déclaration.
- **Vaccination contre les infections à pneumocoque chez le nourrisson : le schéma deux doses** (à 2 et 4 mois) au lieu de trois en primovaccination avec le **rappel à 12 mois** apparaît pour la première fois. Rappelons que pour les anciens prématurés le schéma habituel (2m, 3m, 4m et 12 mois) reste la règle.
- **Vaccination contre l'hépatite B :** les recommandations de rattrapage vaccinal sont prolongées jusqu'à 15 ans révolus, une stratégie facilitée par la possibilité d'utiliser un schéma vaccinal en seulement deux doses entre 11 et 15 ans, à condition d'utiliser les vaccins les plus fortement dosés (Engerix B20® et Genhevac B®) et de respecter un intervalle de 6 mois entre les 2 doses. Ajouté au remboursement de l'hexavalent, ceci devrait enfin relancer la vaccination hépatite B en France !
- **Hépatite A :** recommandation de vacciner les enfants originaires des pays de forte endémie et susceptibles d'y retourner, autour des cas en milieu familial et dans les communautés vivant dans des conditions d'hygiène précaire.
- Enfin, les **vaccinations des voyageurs** seront dorénavant **exclusivement abordées dans le numéro spécial du BEH consacré aux voyageurs**.

2. Du côté des produits : Le **Meningitec®** et le **DTPolio®** resteront indisponibles pendant plusieurs mois. La situation pourrait être tendue pour l'**Infanrix Hexa®** en mai, mais le produit reste disponible et la situation devrait s'améliorer rapidement.

3. En réponses à vos questions : *En l'absence de DTPolio, comment immuniser les nourrissons contre ces valences en cas de refus des parents de vacciner leur enfant avec les vaccins non obligatoires ? Ne pas utiliser le Revaxis®,* trop faiblement dosé en valence diphtérique pour la primovaccination et le rappel de la deuxième année de vie. Il faudrait pratiquer chaque fois 2 injections en 2 sites différents avec Imovax Polio® et DTVax® (à commander par votre pharmacien directement au producteur et disponible en quelques jours). A éviter, si vous arrivez à convaincre les parents de l'importance de la prévention contre la coqueluche et les infections à Hib ainsi que des désagréments générés pour l'enfant par des injections multiples inutiles.

Je vois une patiente qui a été en contact il y a 1 semaine, avec une patiente qui avait une coqueluche (confirmée depuis). Pas de rappel coqueluche ces dernières années (elle a 28 ans). Puis-je lui faire un dTPCa si elle incube la coqueluche ? Oui ! Cette vaccination est sans risque pendant une incubation – même si elle n'est pas efficace contre l'épisode actuel. Il faut donc en priorité prescrire une chimioprophylaxie par un macrolide pour réduire le risque de maladie chez la patiente ainsi que la propagation à son entourage et effectuer le rattrapage du rappel dTcaP manquant, pour étendre la protection ultérieure.

Une patiente de 22 mois a eu une sérologie oreillons pour un épisode d'adénopathies cervicales. Je lui avais fait son 2^{ème} Priorix® en octobre 2008. A ma grande surprise, sa sérologie montre un taux d'IgG à 1,10 (considéré comme douteux) et des Ig M à 0.9. Que signifie cette sérologie ? Est-elle immunisée ou non contre les oreillons, et si elle ne l'est pas, faut-il la vacciner une troisième fois ?

Les techniques utilisées en routine pour la sérologie rougeole, rubéole, oreillons ou varicelle ne sont pas adaptées à la surveillance post vaccinale (sensibilité insuffisante) et seulement utiles pour confirmer un diagnostic clinique chez les sujets non vaccinés. Dans ce cas, le taux d'IgG à 1,1 témoigne d'une réponse vaccinale, les IgM pouvant témoigner soit d'un début d'oreillons, ce que la clinique d'adénopathies ne suggère pas, soit d'une simple stimulation polyclonale, en particulier post virale. Il est inutile de la revacciner.

Venez visiter le magnifique (!) nouveau site InfoVac-France (<http://www.infovac.fr>) - où de nombreuses informations concernant les vaccins sont disponibles pour vous et vos patients. Votre identifiant est votre adresse mail et votre mot de passe celui de l'ancien site. Si vous êtes un nouvel abonné, votre identifiant est Prénom Nom (ex : Alex Dupont) - et votre mot de passe correspond à votre code coupon 2009

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