

**1. Pour votre information :** Fin avril 2009, l'OMS avait annoncé qu'un **nouveau virus de la grippe A** avait fait son apparition : cette souche particulière **A [H1N1]v** (v pour variant) n'ayant pas circulé précédemment chez l'homme. Le 11 Juin, l'OMS a relevé le niveau d'alerte de la phase 5 à la phase 6, signant **le début de la pandémie**. La décision de l'OMS est le **reflet de la capacité de propagation du virus, et non pas de la gravité de la maladie**. En effet, dans plusieurs régions du monde, le virus circule largement au sein de la population et la poursuite de cette propagation est considérée comme inévitable. **Le nombre de cas déclarés** (plus de 75.000 dans le monde dans 109 pays) **n'est que le sommet de l'iceberg** : au début, du fait de l'absence de méthode de diagnostic fiable, maintenant parce que les **patients sont trop nombreux** (estimés à plus d'un million aux USA) et la **clinique souvent banale ne conduisant pas le plus souvent, à la réalisation d'un test**. La multiplication du nombre d'infections dues au virus A [H1N1]v en France, associée au caractère bénin des cas observés jusqu'ici, a conduit les autorités de santé à : ne plus préconiser l'hospitalisation systématique des patients, limiter les prélèvements et les traitements par les antiviraux, assouplir les mesures d'hygiène (précautions gouttelettes au lieu de précautions air + contacts) ([http://www.infovac.fr/index.php?option=com\\_docman&task=docview&id=706](http://www.infovac.fr/index.php?option=com_docman&task=docview&id=706)). Pour l'instant, les cas suspects doivent continuer à être adressés, après contact avec le 15, à des urgences hospitalières sélectionnées. Dans quelques jours, la prise en charge sera probablement essentiellement extra-hospitalière. De plus, pour éviter une diffusion trop rapide de la maladie, les personnes présentant un cas probable ou certain sont incitées à respecter un certain nombre de mesures d'hygiène ([http://www.infovac.fr/index.php?option=com\\_docman&task=docview&id=705](http://www.infovac.fr/index.php?option=com_docman&task=docview&id=705)). Pour mieux comprendre cette pandémie, nous vous conseillons la lecture du dernier BEH Web [http://www.invs.sante.fr/beh/actualite\\_epidemiologique/r-1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/actualite_epidemiologique/r-1.html)

**Vaccins H1N1 – à quoi peut-on s'attendre cet automne?** Les vaccins A [H1N1]v sont entrés en phase de production (culture sur œufs ou sur cellules). Ces vaccins (à virus entier ou fragmenté, avec ou sans adjuvant) pourraient être livrés progressivement à partir de l'automne. A cette date, les études cliniques prévues (adultes, enfants) ne seront pas terminées, mais le plan pandémie prévoit une procédure rapide d'autorisation si l'urgence le justifie. Il faudra certainement donner 2 doses à 3 semaines d'intervalle. **A qui ???** La décision revient aux autorités de santé : mais certainement aux patients à risques élevés de complications grippales et à ceux vivant / travaillant à leur contact. Pour le reste de la population, cela pourrait dépendre de l'évolution du virus et de son degré de sévérité ou de sensibilité aux antiviraux disponibles. *A suivre !*

En visitant le site InfoVac-France (<http://www.infovac.fr>) dans la partie actualités vous pouvez avoir accès à un **diaporama** et à des **questions-réponses** actualisées sur la **grippe A(H1N1)v**.

**Chronique judiciaire de la vaccination contre l'hépatite B... suite.** Un Laboratoire producteur de vaccin vient d'être condamné par le tribunal de grande instance de Nanterre à verser des indemnités à une patiente ayant présenté une sclérose en plaques au décours de la vaccination. Pour le Tribunal de Nanterre, « nul besoin d'attendre une preuve définitive, qui ne viendra sans doute jamais ». La responsabilité du laboratoire est engagée s'il existe des « *présomptions précises, graves et concordantes* ». **Rappelons que l'ensemble des expertises scientifiques et des évaluations des autorités de santé n'établissent aucune relation causale entre la vaccination contre l'hépatite B et les maladies démyélinisantes et que les précédents jugements de ce type ont été cassés.**

**2. Du côté des produits :** Deux vaccins sont indisponibles de façon durable : **DTPolio<sup>®</sup>** et **HBVAXPRO<sup>®</sup>**. Le **Méningitec<sup>®</sup>** sera de nouveau disponible à la rentrée scolaire. La situation des approvisionnements risque d'être tendue pour **Infanrix Hexa<sup>®</sup>** et **Infanrix Quinta<sup>®</sup>** pendant le mois de Juillet, mais les produits restent disponibles et la situation devrait s'améliorer rapidement.

**3. En réponse à vos questions :** **Un de mes petits patients âgé de 7 mois présente une épidermolyse bulleuse héréditaire (EBH). A partir de quel âge puis-je le vacciner contre la varicelle?** D'après le *Groupe pluridisciplinaire de la prise en charge des enfants atteints d'EBH, Centre de référence national des Maladies Génétiques à Expression Cutanées (MAGEC)*, l'enfant atteint d'EBH doit 1) être normalement vacciné (en évitant cependant la vaccination par le BCG si la peau est décollée de manière étendue, et en particulier sur les sites de vaccination) et 2) devrait être vacciné contre la varicelle (deux doses à partir de l'âge de 1 an à au moins un mois d'écart). Les vaccinations doivent être faites en dehors de périodes de surinfection, ou de grande dénutrition. **Avant un an, il faut déjà proposer la vaccination** varicelle à l'entourage familial non immun (sans antécédent de varicelle et/ou sérologie positive en cas d'incertitude).

**Une de mes patientes de 22 mois ayant reçu 2 doses de vaccin ROR trivalent a eu une sérologie oreillons prescrite par son médecin traitant pour des adénopathies cervicales multiples. A ma grande surprise, sa sérologie montre un taux d'IgG à 1,10 (taux considéré comme douteux sur le compte-rendu) et des Ig M à 0.9. Est-elle immunisée ou non contre les oreillons, et si elle ne l'est pas, faut-il la vacciner une troisième fois ?** **Non !** Les techniques de dosages utilisées en routine pour la sérologie des oreillons ne sont pas adaptées à la surveillance post vaccinale mais au diagnostic clinique d'oreillons chez les sujets non vaccinés. Dans le cas de votre patiente, le taux d'IgG témoigne d'une sérologie « normalement faiblement positive » et le taux d'IgM reflète vraisemblablement une stimulation polyclonale non-spécifique dans le cadre d'un syndrome infectieux. Il est donc inutile de la revacciner !

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