

**1. Pour votre information.** Le **Menvéo®**, vaccin conjugué contre les méningocoques **ACYW135** (Laboratoire Novartis) est disponible dans les pharmacies depuis le début du mois de Juin. Ce vaccin qui a une AMM à partir de 11 ans **devrait remplacer les vaccins polysaccharidiques (AC ou ACYW135)** pour les voyageurs, les patients à haut risque d'infections méningococciques (déficit properdine, déficits en compléments congénitaux ou acquis, ou splénectomie anatomique ou fonctionnelle). En effet, ce vaccin conjugué est **plus immunogène** pour plusieurs sérotypes et surtout **n'expose pas à l'hyporéactivité** immunologique induite par les vaccins polysaccharidiques. L'avis du Haut conseil de santé publique concernant ce vaccin est disponible en [cliquant ici](#).

**2. Du côté des produits.** Le mouvement social affectant le centre de distribution GSK est maintenant fini. Dès maintenant dans certaines régions et dans les jours à venir pour d'autres, les vaccins Infanrixhexa®, Infanrix quinta®, Boostrixtetra®, Priorix®, Havrix 1440®, Engerix B20® sont ou seront disponibles. Pour l'Engerix B10® ou Havrix 720®, le retour à la normale devrait avoir lieu en Septembre ou Octobre. Les vaccins contenant la valence hépatite A de SP-MSD (Avaxim®, Vaqta®, Tyavax®) sont en rupture de stock jusqu'à la fin de l'année 2010. DTPolio® et HBVAXPRO5® sont indisponibles de façon durable.

## **2. En réponse à vos questions.**

**Pour la vaccination grippe de la prochaine saison, peut-on considérer que les enfants de moins de 10 ans qui ont eu un test H1N1 positif ou ont été correctement vaccinés contre ce virus sont immuns et ne nécessitent qu'une seule dose de vaccin ?** Ces enfants sont effectivement immuns contre cette souche. Ils n'auront donc besoin que d'une seule dose de vaccin – sauf pour les enfants de moins de 9 ans encore jamais vaccinés contre H3N2 et B (primovaccination = 2 x 1/2 dose avant 3 ans, 2 x 1 dose après 3 ans avec au moins 3 semaines d'écart).

**Une fillette vaccinée à 12 mois avec Priorix® et Prevenar® a présenté après 4 jours de la fièvre et un syndrome catarrhal, suivis au 9e jour par une éruption cutanée rubéoliforme et une fièvre élevée avec 2 convulsions fébriles. Cette réaction à la vaccination devrait-elle faire renoncer à la 2e dose ? Quel est le risque de récurrence ? Serait-il indiqué de faire une sérologie ?** Cette réaction évoque une infection virale intercurrente (délai de 4 jours seulement et syndrome catarrhal), possiblement suivie par une réaction au vaccin ROR. Il n'est pas possible d'assurer que la protection est suffisante. Le risque de récurrence (de la fièvre et des convulsions) est très faible, mais pas nul. Ces réactions inflammatoires étant sans danger, vous pouvez donner une 2e dose de ROR sans examen complémentaire. Si les parents le souhaitent, une sérologie pourrait être effectuée dès 4 semaines après la vaccination : si rougeole et rubéole sont positives, il est alors possible de renoncer à la 2<sup>ème</sup> dose de ROR en renonçant ainsi à la protection contre les oreillons (qui nécessite toujours deux doses et dont la sérologie est peu fiable).

**Une patiente de 70 ans avec une polyarthrite chronique sous prednisone, methotrexate a fait il y a 6 semaines une pneumonie à pneumocoques avec choc septique. L'immunosuppression permet-elle tout de même d'induire une protection vaccinale ?** Les infections graves à pneumocoques font partie des complications classiques d'un traitement immunosuppresseur à long terme. Cette patiente devrait être vaccinée – même si l'efficacité du vaccin polysaccharidique Pneumo 23® ne sera pas optimale à cause de l'âge, la maladie et l'immunosuppression.

**J'ai été étonnée de voir citer dans la presse tantôt 100% tantôt seulement 20% d'efficacité de la vaccination contre HPV ! Quelles sont les données fiables sur l'efficacité de la vaccination HPV ?** La protection vaccinale peut être mesurée contre les infections persistantes, les dysplasies (CIN 1) ou les lésions précancéreuses (CIN 2-3). Elle peut être mesurée spécifiquement pour les types de HPV contenus dans les vaccins ou pour tous les HPV, et pour toute la population d'une étude (y compris les femmes déjà infectées avant vaccination ou n'ayant reçu qu'une seule dose de vaccin) ou bien seulement pour celles non préalablement infectées et ayant reçu 3 doses de vaccin. Cela fait beaucoup de variables différentes, parmi lesquels il est en effet facile de se perdre! **Les études les plus récentes confirment que lorsque 3 doses de vaccin sont données AVANT l'infection, l'efficacité est de 98% contre les lésions CIN 2-3, et de 92-94% contre les infections persistantes, dues aux HPV vaccinaux (16/18) qui causent environ 70% des cancers du col (Paavonen Lancet 2009 ; Kjaer Cancer Prev Res 2009 ; Munoz JNCI 2010 ; Brown J Inf Dis 2009; Wheeler J Inf Dis2009).** La protection croisée contre des souches oncogènes proches élargit la protection de 7-15%, pour une prévention vaccinale actuellement estimée à 77 à 85% des cancers du col). Mais la protection est nulle contre les HPV attrapés avant la vaccination – si bien que la protection n'est que de 20% dans la population totale (ITT, intent to treat) de certaines études. Il est donc recommandé de vacciner le plus tôt possible, avant ou au début de la vie sexuelle !!

**La 14e Journée de Pathologie Infectieuse Pédiatrique Ambulatoire (JPIPA)** à laquelle InfoVac est associée aura lieu le samedi 9 octobre 2010 à la Maison de la Chimie 28 bis, rue Saint-Dominique, 75007 Paris. Pour voir le programme et/ou pour vous inscrire [cliquez ici](#)

**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, Didier Pinquier, Philippe Reinert, Olivier Romain, François Vié le Sage, Brigitte Virey, Catherine Weil-Olivier, Claire-Anne Siegrist.**