

1. Pour votre information :

D'après les données des GROG et du Réseau Sentinelle, l'épidémie de grippe n'a pas encore commencé en France... **Il est encore temps de vacciner vos patients à risque.**

L'avis du Haut Conseil de Santé Publique relatif à la vaccination contre la grippe par le vaccin Fluenz® (vaccin grippal vivant nasal atténué) [cliquer ici](#) indique que ce vaccin peut être utilisé chez les **enfants 2 à 17 ans** pour qui la vaccination grippale est **recommandée**, souligne son intérêt en **primo-vaccination grippale** et ce **d'autant plus que l'enfant est plus jeune** » (efficacité clinique supérieure aux vaccins classiques), et rappelle que ce vaccin vivant **ne doit pas être utilisé** chez les **enfants immunodéprimés** et en cas de traitement par salicylés.

Une étude récente (*JAMA, December 14, 2011—Vol 306, No. 22*) par le Centers for Disease Control (CDC) a montré que la **majorité des infections systémiques à pneumocoque entre 2 et 5 ans** surviennent chez des patients **sans facteurs de risque**. Ces infections étaient dues à des sérotypes **non inclus dans le Prevenar 7®** valent mais **présents dans le Prevenar 13® (PCV13)**. Aucun de ces patients n'avaient été vaccinés par le Prevenar13® alors qu'un rattrapage pour les 2 à 5 ans est recommandé aux USA.

Les données démontrant « **l'effectiveness** » (l'efficacité sur le terrain) du **PCV13 s'accumulent** :

- **En Alaska**, où l'incidence des infections invasives à pneumocoques (IIP) est particulièrement élevée parmi les Esquimaux, et qui est la **1ère région où ce vaccin a été introduit**, la réduction de ces infections a atteint 70% (*Bruce et al. IDSA 2011 Abstract 656*)
- **Aux USA**, avec une diminution significative des IIP dans plusieurs états américains, particulièrement nette pour les sérotypes 19A et 7F (*Moore et al. ICAAC 2011 Abstract G1-538*)
- **En Angleterre**, Miller E et al. (*Vaccine. 2011; 29: 9127*) ont retrouvé une efficacité vaccinale de l'ordre de 80%, particulièrement significative, là aussi, sur les sérotypes 19A et 7F.
- **Enfin, en France** où l'étude ACTIV (*ICAAC 2011 Abstract G3-1709*) démontre l'efficacité du PCV13 sur le portage pour les sérotypes 19A, 7F mais même aussi le 6C (non contenu dans ce vaccin). Ces résultats laissent augurer d'un effet indirect important.

2. Du côté des produits : Les vaccins contre l'hépatite A sont tous de nouveau disponibles. Quelques tensions sont à prévoir pour l'Infanrix quinta® fin décembre, la situation devrait être normalisée en Janvier. La rupture d'approvisionnement du vaccin Rabipur® (un des vaccins contre la rage) devrait se terminer mi-janvier. Les approvisionnements en Dukoral® (contre le choléra) sont tendus mais le vaccin est disponible.

3. En réponse à vos questions : **A cause des vacances de Noël, je n'arriverai pas à donner 2 doses de vaccin contre la grippe à 4 semaines d'intervalle à certains de mes petits patients... Est-ce qu'il vaut mieux un intervalle de 3 semaines ou de 6 semaines ?** Vu le temps nécessaire à l'induction de la protection et le risque élevé d'une épidémie avant fin janvier, il vaut mieux diminuer l'intervalle (minimum 3 semaines) entre les 2 doses.

J'ai vu un nourrisson à sa visite de 1 mois qui a reçu à J10 une injection d'immunoglobuline car sa mère a présenté une rougeole. Peut-on lui administrer un vaccin contre le rotavirus (vivant atténué) qui peut se donner jusqu'à 16 semaines? Oui. Les immunoglobulines ne contiennent que très peu d'anticorps anti rotavirus – et pas assez pour interférer avec un vaccin administré par voie orale et qui agit essentiellement (exclusivement?) sur l'immunité muqueuse. On considère que l'administration d'immunoglobulines n'interfère pas avec les vaccins polio oral et rotavirus.

Un patient de 7 ans, drépanocytaire homozygote, est traité pour un rejet de greffe rénale : il a reçu une injection de Rituximab® en avril. Il doit recevoir un rappel de DTP et de Pneumo 23. Faut-il attendre la réapparition des lymphocytes B pour le vacciner ? Les patients traités par cet anticorps monoclonal anti CD20 présent à la surface de lymphocytes B peuvent recevoir sans risques des vaccins inactivés mais les taux de réponse sont réduits pendant environ 6 mois après le dernier traitement. Si des rappels sont nécessaires au cours d'un traitement, il faut les faire à priori après 6 mois et au moins 4 semaines avant un éventuel prochain traitement par Rituximab®. Si la protection est urgente (grippe), il est conseillé de vacciner le plus tard possible... mais avant l'épidémie !

Infovac vous proposera bientôt de participer à une enquête sur la vaccination contre le méningocoque B.

Ceci étant le dernier bulletin de l'année, nous remercions nos 8.000 abonnés de leur confiance en Infovac... et vous souhaitons de joyeuses fêtes et une excellente année 2012 !

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