

1. Pour votre information : Deux ans seulement après le début de la vaccination HPV en **Australie**, dans une **population de jeunes filles dont 72% ont été vaccinées**, on observe déjà chez les filles de moins de 18 ans une **diminution de 38% de toutes les lésions précancéreuses de haut grade (CIN2 ou 3)** (*Brotherton JM, Lancet 2011; 377: 2085–92*). Il est trop tôt pour attribuer « officiellement » cet impact à la vaccination, mais il correspond de fait à celui prédit par la modélisation de vaccins efficaces à 99% contre 75% des virus HPV...

A la suite d'une importante **épidémie de coqueluche** ayant entraîné cinq décès de nourrisson (<3 mois) en **Californie** (*MMWR. 2010;59: 26*), l'ACIP (l'équivalent américain du CTV) recommande maintenant la **vaccination des femmes enceintes** après la 20^{ème} semaine de grossesse. Des évolutions des AMM et des recommandations vaccinales devront survenir avant de pouvoir l'appliquer en France.

L'augmentation du risque de Narcolepsie avec cataplexie chez les enfants entre 5 et 15 ans, dans les semaines qui ont suivi la campagne de vaccination contre AH1N1 par le Pandemrix® a été confirmée en Suède ([Cliquez ici](#)). Comparés aux enfants-adolescents non vaccinés, le risque est multiplié par 6 chez les vaccinés : Ceci correspondrait dans cette population à 3,6 cas supplémentaires pour 100.000 vaccinés.

2. Du côté des produits. Les difficultés de **distribution des vaccins GSK** devraient se résoudre dans les prochains jours, sauf pour l'**Engerix B20®**. Ces difficultés d'approvisionnement des semaines précédentes a rendu la situation tendue pour les vaccins de SP-MSD «équivalents» : **MMR-Vax Pro®, Pentavac®, Te-travac®, Repevax®**. Des difficultés sont aussi possibles pour le **Rouvax®**. Les vaccins de SP-MSD contenant la valence hépatite A (**Avaxim®, Tyavax®**) devraient être disponibles pour la rentrée de septembre.

3. En réponse à vos questions. Un patient partant demain en voyage me demande quand commencera sa protection contre l'hépatite A ? Il faut 10-14 jours pour que les anticorps de vaccination soient détectables dans le sang. Mais la protection contre l'hépatite A commence immédiatement après la vaccination puisqu'elle est même efficace en post-exposition : en effet, la durée d'incubation de l'hépatite A est plus longue que l'induction des réponses vaccinales...

Quelle est l'immunité conférée par la maladie coqueluche chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte ? Il est admis que la durée de protection est de l'ordre de 10 à 15 ans. Chez le nourrisson, la coqueluche est peu immunisante et il est conseillé de continuer à vacciner normalement.

Que faire si une partie (la moitié...) du vaccin gicle en dehors au moment de l'injection ? Regretter l'incident... et revacciner immédiatement. En effet, les vaccins contiennent le moins d'antigènes possible : la sécurité vaccinale est donc garantie même après une double dose, alors qu'une demi-dose pourrait ne pas être suffisamment efficace.

Un jeune de 15 ans a fait un phénomène d'Arthus après un rappel diphtérie-tétanos. Puis-je le vacciner contre le méningocoque C avec un vaccin conjugué qui contient forcément soit la diphtérie (Meningitec®, Menjugate-Kit®) soit le tétanos (NeisVac-C®) comme protéine porteuse ? Le risque de récurrence d'un Arthus étant élevé si le même antigène est utilisé, une sérologie diphtérie-tétanos permettrait de choisir lequel des vaccins disponibles peut être utilisé sans risque chez ce patient.

Une sérologie rougeole positive après une dose de ROR est-elle suffisante pour renoncer à la 2^{ème} dose ? Si oui, quel est le taux minimum d'anticorps nécessaire ? Un contrôle sérologique n'est en général ni nécessaire ni recommandé, parce que 2 doses de ROR corrélerent mieux avec la protection vaccinale qu'une sérologie ! Mais une sérologie positive est une preuve d'immunité induite par la 1^{ère} dose, le taux minimum détecté dépendant du laboratoire. Idem pour la rubéole, mais pas pour les oreillons, dont la sérologie peut être positive après 1 dose sans bonne corrélation avec la protection...

Une patiente refuse de vacciner sa fille de 5 ans contre le tétanos par crainte de l'aluminium – malgré nos explications. Y a-t-il quelque part dans le monde un vaccin tétanos sans aluminium ? Le DTPolio® n'étant plus disponible, il n'existe plus, à notre connaissance, de vaccin non adjuvé disponible parce qu'il risquerait d'être inefficace... En effet, le système immunitaire est réglé pour réagir aux signaux d'alerte produits par la multiplication d'un virus ou d'une bactérie. Lorsqu'un vaccin est tellement purifié qu'il ne contient plus assez de signaux d'alerte, ceux-ci doivent être « remplacés » par un adjuvant attirant les cellules inflammatoires... et l'aluminium est celui dont le profil de sécurité est le mieux connu, depuis 1928 !



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