

1. Pour votre information : Une revue exhaustive des effets rapportés au Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) américain a confirmé que les **vaccins inactivés ?contre la grippe sont sûrs et bien tolérés chez les femmes enceintes** (*National Foundation for Infectious Diseases, 15th Annual Conference on Vaccine Research, Baltimore 2012 Session S30*). Sur une période de 22 ans (de 1990 à 2012), comportant des millions de vaccinées, l'étude n'a révélé aucun signal chez les femmes enceintes ou leurs nouveau-nés. InfoVac rappelle que les femmes enceintes font partie des groupes pour lesquels la vaccination antigrippale est recommandée depuis 2012. En effet, elle protège non seulement les mères mais aussi leurs bébés pendant plusieurs mois après la naissance, les 2 étant susceptibles de développer des complications graves. Malgré l'administration de **2 doses de vaccins ROR des épidémies d'oreillons** sont rapportées ces dernières années dans différentes régions du monde (Etats-Unis, Canada, Israël...). Elles sont attribuées à plusieurs facteurs y compris l'utilisation de vaccins oreillons « trop » atténués pour être et rester aussi efficace que les valences rougeole ou rubéole. Si nécessaire, une **troisième dose de vaccins ROR** peut être proposée quand ces épidémies surviennent en collectivité. Une étude récente **confirme l'efficacité et la tolérance excellente de cette troisième dose**: chez plus de 1500 adolescents de 11 à 15 ans les taux d'effets indésirables rapportés étaient similaires ou inférieurs à ceux observés pour la seconde dose (*National Foundation for Infectious Diseases, 15th Annual Conference on Vaccine Research, Baltimore 2012 Session S29*).

2. Du côté des produits : Les difficultés d'approvisionnement persistent pour le Rabipur®. Quelques risques de tension d'approvisionnement pour l'Infanrix Quinta®. Tous les autres vaccins sont disponibles y compris certains vaccins du voyageur qui ont été indisponibles plusieurs mois comme le Dukoral® (vaccin oral contre le Choléra) et le Tyavax® (vaccin combiné hépatite A et Typhoïde).

3. En réponse à vos questions: Une maman qui vient d'accoucher a reçu des anti-TNF α pendant la grossesse pour une maladie de Crohn. Il lui a été dit de repousser les vaccins vivants de l'enfant après l'âge d'un an. Cette attitude est -elle justifiée ? Oui, par précaution. Ces drogues passent la barrière placentaire et pourraient avoir des conséquences sur le développement du système immunitaire. Une équipe (*Motta, Rheumatology 2008;47:iii32-iii34*) a publié plusieurs petites études rassurantes - mais avec des réponses antitétaniques relativement faibles. Les vaccins inactivés peuvent être fait à l'âge habituel : pour les valences D,T, P,Coq, HIB, hépatite B, un contrôle des anticorps antitétaniques et anti-HbS (un mois après le rappel) paraissant utile pour vérifier que les réponses sont suffisantes (ou recommander une dose de plus), pour le Prevenar13®, il est prudent d'appliquer le schéma 3+1 des sujets immunodéprimés ou à haut risque. Nous conseillons de ne pas faire de vaccin BCG (efficacité modeste et faible incidence de la tuberculose en France) ni contre les rotavirus - vu les implications médico-légales éventuelles en cas de complication. Le ROR peut / doit par contre être donné dès l'âge de 12 mois !

Au décours d'une vaccination contre la grippe dans le deltoïde, un jeune homme a présenté des douleurs et une impotence fonctionnelle prolongée (plusieurs mois) de l'épaule. L'échographie a montré une bursite sans tendinopathie ou autre lésion au contact. Cet effet indésirable est-il connu ? Peut-on le prévenir ? Oui !, des bursites du deltoïde au décours de l'administration de vaccin sont reconnues par l'Institute of Medicine comme une réaction secondaire attribuable aux injections vaccinales (quel que soit le vaccin). Elles sont dues à l'injection involontaire d'antigène dans la bourse synoviale de l'épaule entraînant une réaction inflammatoire prolongée (*Attanasof Vaccine 2010 ; 28 :8049*). Si cette atteinte est gênante et a une évolution prolongée, elle évolue au bout de quelques mois vers la guérison. Pour la prévenir, l'amélioration de la technique de vaccination peut jouer un rôle important (*Cook Human Vaccines 2011;7 :1-4*) : vaccinateur au même niveau que le vacciné (les deux assis,) bras en abduction à 60° (main du vacciné sur la hanche homolatérale), position de l'index du vaccinateur sur l'acromion et du pouce dans le sillon deltoïdien et injection à mi-distance entre les deux doigts (pas trop haut !).

Une petite patiente âgée de 4 ans en bonne santé et bien vaccinée a présentée un épisode de toux prolongée, intense, émétiqante, nocturne. Une sérologie coqueluche s'est avérée négative. Comment l'expliquer? Cette situation est habituelle: les anticorps induits par la vaccination diminuent rapidement, ne corrént pas avec la protection et les kits de diagnostic de coqueluche ne sont pas fait pour les détecter ! La sérologie coqueluche n'a donc pas plus d'intérêt pour apprécier l'immunité d'un patient que pour le diagnostic de la maladie coquelucheuse: ses performances sont médiocres et elle n'est d'ailleurs plus remboursée : si vous voulez faire un diagnostic de coqueluche utilisez la PCR dans les 3 premières semaines de la maladie (qui est maintenant remboursée) !

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