

1. Pour votre information : Le **nouveau calendrier 2013** a suscité de **très nombreuses questions**, notamment concernant le nombre de doses à donner aux **prématurés** (actuellement sans recommandation spécifique). La réponse est complexe et fait intervenir différents paramètres. Les réponses anticorps des prématurés (d'autant que la prématurité est grande) restent moins bonnes même après 3 doses de vaccin, de manière plus ou moins significative selon les études et les valences, suggérant de rester à un schéma 3 doses (2-3-4 mois). Cependant, les conséquences épidémiologiques de cette moindre immunogénicité ne sont pas démontrées et pourraient être minimisées par l'immunité de groupe. Les grands prématurés (≤ 32 semaines) constituent un groupe à risques élevés pour coqueluche, Hib et pneumocoque. Ils n'ont pratiquement plus d'anticorps maternels à l'âge de 3 mois et sont ceux dont les réponses immunitaires sont les moins bonnes. Dans un contexte de recrudescence de la coqueluche et d'incertitudes sur la durée de protection par les vaccins acellulaires, **InfoVac recommande de rester à un schéma en 3 doses (2-3-4 mois) pour les prématurés < 32 semaines, pour le vaccin pneumococcique conjugué et pour les hexavalents ou pentavalents.** Les facteurs essentiels de la prévention des coqueluches graves étant, outre la mise à jour de la vaccination de l'entourage, l'**administration précoce** (dès la 6^{ème}-7^{ème} semaine d'âge chronologique) d'une, voire 2 doses **avant la sortie de l'hôpital** à chaque fois que c'est possible, en fonction de l'âge gestationnel et de la durée d'hospitalisation.

Des **épidémies** et des **cas sporadiques d'oreillons** survenus chez des **adolescents et adultes** ayant reçu 2 doses de ROR sont signalés dans différentes régions, un phénomène déjà décrit (*Plotkin PIDJ 2013 ;32 :381*). Un changement dans les génotypes des virus sauvages circulants ne semble pas en cause, mais plutôt une diminution de l'immunité (contrairement à la rougeole et la rubéole) : avec le temps, 5 à 20% des adolescent/adultes vaccinés deviennent séronégatifs pour les oreillons, même après 2 doses. Un phénomène probablement lié au choix de souches ourliennes très atténuées, donc mieux tolérées mais aussi moins immunogènes (*Latner Clin Vacc Immunol 2011*) ! L'immunité cellulaire persistante continue de protéger en partie (30-70%) des complications (orchites), même en cas de parotidite. En cas d'épidémie, une dose supplémentaire peut être envisagée pour les cas contacts, 90% montant alors leurs anticorps sans que l'efficacité réelle de cette stratégie n'ait été démontrée.

Une fausse rumeur a couru concernant le **déremboursement par la sécurité sociale de l'Infanrix Hexa®**... En fait, l'information parue dans le Journal Officiel du 2 mai dernier concernait une présentation (BIOSET) qui n'est **pas commercialisée en France** ! Pas d'inquiétude, donc...

Des recommandations sur la **vaccination des patients immunodéprimés** ([Lien 1](#)) viennent d'être publiées par le **H CSP**. Loin de pouvoir s'appliquer individuellement à tous les patients immunodéprimés, ce document permet de comprendre les enjeux et les lignes directrices de la vaccination de ces patients. N'hésitez jamais à **contacter** les médecins spécialistes qui suivent ces patients et... les experts **InfoVac**.

Selon le **BEH N° 19 du 21 mai** ([Lien 2](#)), le nombre des **nouveaux cas d'hépatites B** aiguës symptomatiques en France est estimé entre 1 021 et 1 622 cas/an, soit une incidence entre 1,6 [IC95%:1,2-2,0] et 2,5 [IC95%:1,8-3,2] pour 100 000 habitants. Faut-il rappeler que 5-10% de ces patients courent un risque d'hépatite chronique et que la vaccination permet d'éviter tout cela ? Vaccinons !!

2. Du côté des produits : Le **Menvéo®** est **indisponible** pour plusieurs mois. Le **Tubertest®** est **indisponible en ville** pour plusieurs mois ([Lien 3](#)) : les stratégies de remplacement proposées par InfoVac sont disponibles en cliquant ici ([Lien 4](#)). Des difficultés persistent pour les vaccins contre la typhoïde (Typhim Vi® et Typherix®) : leur utilisation est donc réservée aux centres de vaccination des voyageurs.

3. En réponse à vos questions : ***J'ai plusieurs enfants âgés maintenant de 15 ans qui ont reçu un Revaxis® à 11 ans parce qu'ils avaient reçu un Tétravalent à 6 ans du fait des ruptures fréquentes de stock de DTPolio® à cette époque. Doit-on attendre 25 ans pour leur faire leur rappel dTCaP ?*** Non !!! Différentes études ont montré qu'après un rappel dTCaP effectué à 5-6 ans aux USA (5 doses !!!), la protection contre la coqueluche s'effritait d'année en année (*Tarlof Pediatrics 2013;131:e1047*). Il est difficile d'imaginer que ces patients seraient protégés pendant 20 ans... si bien qu'un rappel s'impose !

Dans les recommandations du Haut Conseil de Santé Publique sur la conduite à tenir dans l'entourage d'un patient atteint de coqueluche certaine, il est dit que l'antibioprophylaxie doit être proposée à tous les enfants non ou mal vaccinés (ayant reçu moins de 3 ou 4 doses selon l'âge) ou ceux dont la dernière vaccination date de plus de 5 ans. Cette stratégie est-elle toujours valable quand on sait la durée de protection plus courte et le changement du calendrier vaccinal ? Effectivement, ces recommandations devront être revues. Un schéma 2+1 complet ainsi qu'un délai de moins de 3 ans depuis la dernière dose, apparaissent des déterminants plus raisonnables... à suivre !!!

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