

1. Des nouvelles des autorités:

Nous vous recommandons la lecture du MMWR du 28 Aout 2014 ([Lien 1](#)) où vous trouverez une **excellente synthèse** sur l'**efficacité** et la **tolérance**, tant chez les filles que chez les garçons, **des vaccins HPV**. Bien entendu, **aucune association entre maladie auto-immune et vaccins HPV n'est retenue**.

La campagne de **vaccination anti-grippale** devrait débuter début octobre : 2 études publiées au mois d'Août doivent nous encourager à mieux **suivre les recommandations vaccinales**. La première (*Rakesh, Severe complications in influenza like illnesses Pediatrics Ahead of Print August 4 2014*) montre que parmi les **enfants venant consulter aux urgences pédiatriques** pour **syndrome grippal**, **un tiers va présenter une complication** grave de cette maladie, pneumonie le plus souvent. La majorité de ces enfants étaient des enfants à risque (relevant des recommandations vaccinales françaises). La seconde étude (*Halasa J Ped Infect Dis Published On line June 27 2014*) confirme que chez les jeunes enfants âgés de 6 mois à 3 ans, deux doses complètes de vaccins sont aussi bien tolérées que deux demi-doses (comme c'est encore recommandé) tout en étant probablement plus immunogènes.

Enfin, contrairement aux Etats Unis et à plusieurs autres pays Européens, en France **le vaccin anti-grippal nasal ne sera pas encore disponible en pharmacie cette année**.

2. Du côté des produits : Pas de rupture de stock mais situations tendues pour les vaccins suivants : BCG®, Infanrix Quinta®, Tetravac®. Fin annoncée des difficultés d'approvisionnement pour Boostrix tetra® Tubertest®, et fièvre jaune monodose (Stamaril®). Par contre, pour le Typherix® et le TicoVac® (encéphalite à tique) les difficultés persistent. Ce dernier peut être remplacé par l'Encepur® (de nouveau disponible en pharmacie).

3. En réponses à vos questions : **Faut-il envisager des rappels pour les vaccins méningococques ACYW135 conjugués disponibles en France (Menveo® et Nimenrix®) ?** Ces vaccins étant commercialisés depuis peu de temps, il n'existe pas de recommandation de rappel, ni dans les RCP des produits, ni dans des recommandations officielles en France. Il n'y a pas de raison évidente de penser que la durée de persistance des anticorps soit plus prolongée que pour les vaccins conjugués contre le Méningo C dont on sait qu'elle dépend de l'âge auquel la première dose a été faite (plus courte quand elle est réalisée les premières années de vie). Il est même probable que la durée de protection soit plus courte pour le sérotype A. On peut envisager qu'une durée de protection moyenne de 5 ans est une période raisonnable, mais il faudra prendre en compte le risque auquel le patient est exposé (voyage, contact direct, sérogroupe...)

Je vois une patiente qui a été en contact il y a 1 semaine avec une coqueluche. Elle n'a pas eu de rappel coqueluche ces dernières années (elle a 28 ans). Puis-je lui faire un dTPCa si elle incube la coqueluche ? Cette vaccination est sans danger pendant une incubation - mais elle ne serait pas efficace en post exposition. Il faut donc combiner une chimioprophylaxie par un macrolide pour réduire la propagation de la maladie et le rattrapage du rappel dTcaP manquant.

Combien de temps après une varicelle faut-il attendre pour pouvoir faire des vaccins ? Comme pour toute affection bénigne aiguë, il faut seulement attendre que l'enfant soit apyrétique. En théorie, il faudrait attendre 4 semaines entre une varicelle et un vaccin viral atténué (ROR ou fièvre jaune) – comme entre 2 vaccins vivants. Mais comme ceci n'est documenté par aucune étude...

Que faut-il penser des protocoles de prévention de l'hépatite B chez des enfants nés de mère HBS positive, qui comportent dans certains hôpitaux 2 doses d'Ig spécifiques à un mois d'écart ou des quantités plus importantes en fonction de la charge virale ou d'un éventuel allaitement maternel ?

La prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B repose avant tout sur la vaccination qui est efficace à plus de 90%. L'injection d'Ig spécifiques est un apport supplémentaire de quelques pourcents proposée dans la majorité des pays industrialisés. Il n'y a aucune étude qui démontre l'intérêt de dosage plus élevé ou d'une seconde dose un mois après (ces études seraient d'ailleurs bien difficiles à mener, vu l'efficacité du schéma actuel). Quand à l'allaitement maternel, bien que la virolactie existe (PCR + dans le lait), des études montrent l'absence d'augmentation du risque versus les laits infantiles. La seule prudence est de ne pas garder le lait maternel cru de mère porteuse de l'AgHbs dans les réfrigérateurs du service vu les risques d'erreur toujours possibles malgré tous les étiquetages les plus soigneux, et la transmission théoriquement possible chez un enfant non séro-vacciné à la naissance.

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