

1. Pour votre information: Comme déjà mentionné, des **difficultés durables d'approvisionnement au niveau mondial** de certains vaccins combinés contenant la **valence coqueluche** - pentavalents (Infanrix Quinta®, Pentavac®) et tétravalents (Intantix tetra®, Tetravac®) - sont confirmées. Par contre, la disponibilité 1) des vaccins hexavalent (Infantix Hexa®) 2) des tétravalents à dose réduite d'anatoxine diphtérique et d'antigènes coquelucheux est maintenue (Boostrix®, Repevax®). Ceci a conduit la direction générale de la santé à proposer des **stratégies de vaccinations alternatives** ([Lien 1](#))

En résumé :

- pour les parents réticents à faire vacciner leurs nourrissons avec la valence contre l'hépatite B, les doses de pentavalents, de tétravalents pédiatriques et d'ActHib® disponibles seront orientés vers les PMI, mais en cas de ruptures complètes, il n'y a pas d'alternative raisonnable à l'Hexavalent - sauf à laisser leurs enfants non protégés contre la coqueluche, la méningite à Hib, le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite.
- pour le rappel de 6 ans, l'Infanrix tetra® ou le Tetravac® peuvent être substitués transitoirement par le Boostrix tetra® ou le Repevax®.

L'Hexyon®, nouveau vaccin hexavalent, vient d'obtenir une extension d'AMM européenne avec un schéma 2+1 ([Lien 2](#)). Il devrait être disponible en France en fin d'année 2015 ou début 2016.

Les **difficultés d'approvisionnement de BCG SSI®** avaient conduit la direction générale de la santé à faire réserver les doses disponibles aux PMI et aux CLAT, espérant qu'un seul flacon de vaccin pourrait permettre de vacciner plusieurs nourrissons à risque. Mais dans différents endroits et notamment dans la région parisienne, les PMI surchargées n'ont pas toujours (loin s'en faut) les possibilités de vacciner ces enfants, faute de médecins. Il serait peut être utile d'élargir aux centres susceptibles de vacciner plusieurs enfants contre la tuberculose dans la même journée en maternité ou pour les cabinets susceptibles de vacciner plusieurs enfants lors de la même séance.

2. Du côté des produits : Méningitec® est non disponible pour une période prolongée, mais les quantités de Neisvac® et de Menjugate® disponibles doivent permettre de compenser cette absence.

3. En réponse à vos questions. Quels phénomènes immunologiques expliquent l'efficacité d'un vaccin donné en prophylaxie post-exposition ? Le vaccin n'étant au mieux que l'agent pathogène vivant atténué ou des fragments de celui-ci, pourquoi permet-il d'obtenir une réponse immunitaire plus rapide ou plus forte que le microbe lui-même? La vaccination post-exposition est recommandée dans les maladies virales suivantes : rougeole, varicelle, hépatite B, hépatite A, rage. Pour la rougeole et la varicelle, l'infection commence par une réplication pharyngée. La vaccination court-circuite ces étapes et permet de gagner quelques jours. Pour les hépatites et la rage, leurs longues durées d'incubation (> 6 semaines pour l'hépatite B, pour la rage) permettent aux réponses immunes (anticorps et lymphocytes T) d'interrompre la réplication virale avant que n'apparaissent les symptômes ou les complications de la maladie. Il n'est donc pas toujours trop tard pour vacciner !

Une jeune étudiante en médecine a présenté 3 mois après sa deuxième dose d'hépatite B un tableau clinique et biologique évocateur de thyroïdite auto-immune. Cette maladie est-elle en rapport avec la vaccination ? Doit-on continuer le schéma vaccinal ? La thyroïdite d'Hashimoto est la plus fréquente des maladies auto-immunes dans cette tranche d'âge - en l'absence de toute vaccination : près de 10 fois plus fréquente que le lupus ou les maladies démyélinisantes (*Siegrist PIDJ 2007 ;26 :979*). De ce fait, et en l'absence de plausibilité biologique, il s'agit selon toute vraisemblance d'une coïncidence temporelle. Pour que ce professionnel de santé soit protégé contre l'hépatite B, une troisième dose de vaccin est nécessaire, suivi d'un dosage d'anticorps montrant un taux d'anticorps > 100UI/ml.

Un bébé de 3 mois, vivant dans une région de France où le BCG n'est pas recommandé, a une grand-mère vivant à son domicile d'origine Mauricienne et un oncle de même origine venant souvent le visiter. Il doit certainement visiter ce pays dans les prochains mois. Doit-on le vacciner par le BCG ? Les données épidémiologiques concernant la tuberculose à l'île Maurice font état d'une incidence entre 20 et 22 cas pour 100 000 habitants. Ces chiffres se rapprochent de ceux de Mayotte : 25,7 en 2000, 17,7 en 2009 pour laquelle le BCG est recommandé et sont supérieurs à ceux de l'île de France (de l'ordre de 15 pour 100 000) pour laquelle le BCG est également recommandé. Cette vaccination est également recommandée par les autorités de l'île Maurice. Il paraît donc logique de vacciner cet enfant.

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