Bulletin N°8 - Juillet 2024

1) Du côté des autorités

La HAS a officialisé **l'interchangeabilité du Nimenrix® de 12-13 mois avec le Menquadfi®,** considérant notamment la composition des 2 vaccins et les études d'interchangeabilité dans d'autres tranches d'âge.

Le **Journal Officiel confirmant l'obligation vaccinale** pour les valences des **méningocoques B et ACYW** a été publié. L'obligation débutera pour les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2025.

La **HAS** vient de recommander la vaccination des femmes enceintes contre le VRS avec **le vaccin Abrysvo®** entre 32 et 36 SA. La vaccination maternelle et l'immunisation passive par Nirsévimab® sont deux alternatives de prévention des infections, ouvertes au choix des parents. Bien qu'étant très favorable à cette recommandation, les pédiatres infectiologues s'inquiètent du choix de la même période d'administration du vaccin et celle de la campagne d'immunisation avec Nirsévimab de septembre à janvier. En effet, environ 50% des enfants nés de mères immunisées pendant la grossesse ne seront protégés qu'après le pic épidémique : la logique médicale est que la campagne de vaccination par Abrysvo® commence et se termine 2 mois avant celles des nouveaux-nés.

Le **DGS urgent du 3 juillet 2024** précise les **modalités d'administration du Nirsévimab®** :

- **Approvisionnement suffisant pour éviter les ruptures de stock** : 600 000 doses ont été commandées pour une cohorte de naissance annuelle en 2023 de 700 000 nouveaux-nés.
- Population cible : **les nouveaux-nés et les nourrissons nés depuis le 1 er janvier 2024.**
- **Disponibilité du produit :** en pharmacie dès fin août début septembre et en maternité dès le 15 septembre en métropole (un peu plus tôt dans certains départements d'outre-mer).
- Il sera **gratuit** pour toutes les administrations au cours de séjours hospitaliers en **maternités et hôpitaux**.
- Enfants immunisés en ville : malgré un taux de remboursement affiché de 30%, il sera **gratuit** pour ceux dont les parents ont une mutuelle ou la CMU et AME (soit environ 95% de la population).

Parlez dès maintenant du Nirsévimab® aux parents des nouveaux-nés et nourrissons pour qu'ils puissent être immunisés tôt, et bien entendu il n'y a plus aucune raison d'administrer du Palizivumab® à quiconque, une dose de Nirsévimab® annuelle étant suffisante. Une extension d'AMM est déposée pour les enfants éligibles à une prévention par palivizumab au cours du second hiver.

Fin mai, les recommandations sanitaires du **Haut Conseil de la Santé Publique** pour **les voyageurs** ont été publiées. Pas de changement majeur pour les vaccins mais les zones géographiques d'extension de nombreuses maladies y sont actualisées.

2) Pour votre information

L'épidémie de coqueluche bat son plein en Europe. Cette épidémie confirme l'excellente efficacité de la vaccination maternelle. Dans les pays où elle a été mise en place, les cas de nouveaux-nés et de nourrissons de mère vaccinée sont exceptionnels et ont une évolution plus favorable. En France, la situation est plus difficile du fait d'un taux de couverture faible des mères ; au moins 14 enfants sont décédés depuis janvier 2024. En Suisse, en cas d'épidémie locale, il est recommandé de revenir à un schéma 3+1 en l'absence de vaccination maternelle. Il est souhaitable que la HAS envisage rapidement cette éventualité.

3) Du coté des produits

Le Revaxis® ne devrait plus être disponible dans les prochaines semaines. La seule possibilité d'effectuer les rappels (45, 65, 75 ans…) sera donc un vaccin dTcaP, ce qui sera profitable en période d'épidémie de coqueluche. Si vous voulez en savoir plus sur les disponibilités des vaccins cliquez ici

4) En réponses à vos questions.

Une femme enceinte a eu, au terme de 4 SA, une coqueluche prouvée. Faudra-t-il la vacciner en fin de grossesse ? Pas de réponse scientifiquement prouvée. La coqueluche « maladie » protège certainement la mère pendant une dizaine d'années, elle a peu de chance de transmettre la maladie à son bébé à venir. Mais, l'essentiel de la protection individuelle du bébé dépend des anticorps transmis à des concentrations élevées. InfoVac est en faveur de la vaccination.

Une patiente a présenté une fracture traumatique du plancher orbitaire avec un hémosinus associé et a probablement une brèche méningée. Quelles vaccinations lui proposer ? Uniquement la vaccination contre le pneumocoque par le Prevenar20®. Sur les 5 500 méningites bactériennes des données du GPIP-ACTIV, 180 présentaient une brèche : dont 80% étaient dues aux pneumocoques, 10% à H. influenzae (non typable, vaccin Hib non efficace) et aucune aux méningocoques. La physiopathologie des méningites à méningocoques, Hib et pneumocoques est un passage du rhinopharynx au sang puis invasion des méninges via les plexus choroïdes. En cas de brèche, le passage du rhinopharynx aux méninges est direct. Le Pneumovax® n'a aucun effet sur le portage.

Robert Cohen, Didier Pinquier, Isabelle Hau, Joël Gaudelus, Marie-Aliette Dommergues, Anne-Sophie Romain, Véronique Dufour, François Vie le Sage, Franck Thollot, Pierre Bakhache, Pierre Bégué, Isabelle Hau, Cécile Janssen, Georges Thiebault, Catherine Weil-Olivier, Maeva Lefebvre, Odile Launay, Hervé Haas.