

1. Pour votre information :

Le site de la Somipev propose un certain nombre de documents en vacinologie que vous pouvez consulter sur www.somipev.ma. Ces documents vont vous faire connaître l'épidémiologie marocaine à travers des enquêtes multicentriques réalisées par la Somipev.

Pour poser une question, contacter infovacmaroc@gmail.com

Vous pouvez consulter Infovac-Maroc sur l'adresse suivante : www.infovac-maroc.com

2. Du côté des produits :

- **Sanofi-Pasteur**, signale la disponibilité de ses vaccins Avaxim adulte et pédiatrique, Act Hib, Hexaxim, Dultavax, Menactra, Pentaxim, Typhim, Vaxigrip et Tétraxim.
- **GSK** confirme que ses vaccins Synflorix, Havrix, Priorix, Infanrix IPVHib, Infanrix Hexa, Engerix B 10, Engerix B 20, sont disponibles. Par ailleurs, le Rotarix sera nouveau disponible au niveau du Ministère de la santé.
- **MSD** signale la disponibilité de ses vaccins Varivax, Gardasil, Rotateq et MMR II.
- **Pfizer** nous informe que Prevenar est disponible dans le marché privé alors que Nimenrix est disponible au niveau de l'Institut Pasteur et au niveau de la Direction de l'épidémiologie.

3. En réponse à vos questions :

J'ai une petite fille de 3 mois atteinte d'un neuroblastome avec métastases hépatiques. Une chimiothérapie est prévue. Comment je peux la vacciner ?

La chimiothérapie induit une déplétion lymphocytaire avec une baisse du nombre et de la fonctionnalité des lymphocytes TCD4 dès sa mise en route, pendant toute la durée du traitement et persistant les mois suivants. Le nombre des lymphocytes B est également diminué avec un abaissement des IgM et des IgA sans baisse significative des IgG. En revanche, les cellules NK sont peu affectées par la chimiothérapie. Le taux absolu de lymphocytes revient à la normale généralement dans les trois mois qui suivent l'arrêt de la chimiothérapie. La normalisation du taux de lymphocytes B est rapide alors que la normalisation des lymphocytes T CD4 et CD8 et des taux d'immunoglobulines est plus long (six mois). Ces anomalies peuvent expliquer la difficulté à maintenir l'immunité acquise par les vaccinations effectuées avant la chimiothérapie et l'absence de réponse à une vaccination réalisée en cours de traitement. Dans ce contexte les vaccins vivants sont contre-indiqués en cours de chimiothérapie.

Il n'existe pas de données sur l'évolution des titres en anticorps au cours de la chimiothérapie, mais en fin de chimiothérapie, un nombre significatif de patients a des titres d'anticorps vaccinaux au-dessous du seuil de protection ou inférieurs aux titres d'anticorps mesurés chez les sujets sains.

En cours de chimiothérapie, les seules données disponibles évaluant les modalités de vaccination sont anciennes et concernent la vaccination anti-grippale. Dans cette étude, la réponse immunitaire au vaccin était meilleure lorsque la vaccination était réalisée entre deux cures de chimiothérapie qu'au moment de la chimiothérapie (en termes de séroconversion 91% versus 56 %).

Après l'arrêt de la chimiothérapie, l'administration d'une vaccination de rappel après un délai d'au moins six mois permet une réponse anticorps adéquate chez la majorité des patients

Les vaccins recommandés pour les patients recevant une chimiothérapie pour tumeur solide ou hémopathie maligne sont les vaccins du calendrier vaccinal et le vaccins grippe.

Les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués en cours de chimiothérapie et pendant au moins six mois après l'arrêt de celle-ci.

La vaccination contre les infections invasives à pneumocoque doit se faire avec le vaccin polysidique conjugué 13-valent.

Pour les vaccins du calendrier vaccinal, une dose de rappel doit être administrée six mois après l'arrêt de la chimiothérapie.

J'ai 2 patients âgés respectivement de 4 et 5 ans qui font des oreillons récidivants. Ils ont été vaccinés par 2 doses de priorix. J'ai pu avoir une échographie parotidienne pour un malade (qui fait des oreillons pour la 4^{ème} fois avec fièvre et dysphagie) suspectant une lithiase salivaire ou un foyer infectieux, mais la réponse du radiologue était parotidite bilatérale d'allure virale. Les questions que je me pose : que faut-il faire ? Faut-il traiter ces parotidites récidivantes? Est-ce qu'il faut revacciner ces malades?

Il n'y a pas de contre-indication et, il n'y a pas d'inconvénient à vacciner un sujet qui a déjà fait la maladie et ces enfants doivent être vaccinés normalement avec 2 doses d'un vaccin trivalent. Des études récentes ont démontré que l'efficacité du vaccin augmentait avec le nombre de doses: de 64 à 88% après 1 dose et de 88 à 95% après 2 doses. De plus, il paraît aujourd'hui hasardeux de faire le diagnostic d'oreillons sans preuve biologique, les oreillons étant devenus relativement rares. La probabilité d'une parotidite non ourlienne restant la plus forte. La négativité de la sérologie va d'ailleurs dans ce sens, bien qu'on ne sache pas si on a recherché les IgM et en l'absence de prélèvement tardif.

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! 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.

Human Vaccines & Immunotherapeutics 11:1, 282–287; January 2015 N Engl J Med 2008;358:1580-9 CMAJ, June 14, 2011, 183(9)

M Bouskraoui (Marrakech) , S Afif (Casablanca), H Afilal (Rabat), MJ Alao (Bénin), M Amorissani Folquet (Côte-d'Ivoire), R Amrani (Oujda), Y Atakouma (Togo), S Atebo (Gabon), K Benani (Tanger), M Benazzouz (Responsable du programme d'immunisation-Maroc), A Bensnouci (Algérie), O Claris (APLF), R Cohen (Conseiller-France), M Douaji (Tunisie), D Gendrel (Conseiller-France), M Hida (Fès), I Khalifa (Mauritanie), P Koki Ndombo (Cameroun), JR Mabilia Babela (Congo Brazza), O Ndiaye (Sénégal), M Saadi (Agadir), A Soumana (Niger), MC Yanza Sepou (Centre-afrique), M Youbi (Direction de l'épidémiologie-Maroc).