

1. Pour votre information :

Un article sur le portage rhino-pharyngé du pneumocoque a été publié récemment dans les Archives de Pédiatrie 26 (2019) 453–458. Le but de cette étude était tout d'abord de déterminer la prévalence du portage du pneumocoque dans une population de nourrissons fébriles à Marrakech et d'autre part, pour étudier les facteurs de risque de portage et la distribution des sérotypes circulants.

La prévalence du portage de *Streptococcus pneumoniae* était de 68,3%. Sur les 183 nourrissons inscrits à cette étude, 111 avaient reçu au moins une dose de PCV-10. La colonisation par le sérotype vaccinal chez les enfants fébriles était liée à un statut vaccinal incomplet. Au total, les sérotypes vaccinaux représentaient 6,4% (n = 8): 19F (n = 2), 1 (n = 2) et une souche pour chacun des sérotypes suivants: 14, 23F, 6B et 9V. Les souches vaccinales et non typables présentaient respectivement 63,2% et 23,2%, avec une dominance des sérotypes 6A (6,4%), 15A / 15F (5,6%), 20, 22F / 22A, 23B et 11A / 11D avec une prévalence de 3,2%. Le taux de souches de pneumocoques présentant une sensibilité réduite à la pénicilline était de 33,6%, dont 90,2% étaient des sérotypes non vaccinaux et des souches non typables. La diversité des sérotypes a augmenté au cours de la période post-vaccinale et l'efficacité du PCV-10 contre les sérotypes vaccinaux a été estimée à 89,6%.

En conclusion, un changement important dans la distribution des sérotypes vaccinaux et non vaccinaux a été observé après l'introduction des PCV. En fait, la prévalence des sérotypes vaccinaux a diminué de manière significative tandis que les sérotypes non vaccinaux ont émergé. Ces résultats soulignent l'importance de maintenir une surveillance étroite et prolongée de la distribution des sérotypes pour surveiller la dynamique du portage du pneumocoque nasopharyngé.

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 tous ses vaccins Vaxigrip, Hexaxim, Pentaxim, Tetraxim sauf Menactra et Avaxim80.

GSK confirme que ses vaccins Synflorix, Infanrix IPV Hib, Engerix sont disponibles. Par contre Rotarix, Priorix, l'Infanrix-Hexa, Varilix et Havrix ne sont pas disponibles sur le marché public.

MSD signale la disponibilité de ses vaccins Varivax, Gardasil, MMR II et le Rotateq.

Pfizer nous informe que ses vaccins sont disponibles (Prevenar, Nimenrix).

3. En réponse à vos questions :

Par erreur, j'ai vacciné contre le rotavirus avec une 1^{ère} dose de Rotateq® puis à la 2^{ème} dose par le Rotarix®. Comment poursuivre ?

Bien que les deux vaccins soient différents dans leur conception, une étude prospective récente montre que l'alternance des deux vaccins est bien tolérée et que la réponse immunitaire est non-inférieure à celle générée par l'immunisation avec un seul produit. L'interchangeabilité est donc possible. Actuellement, 2 doses sont largement suffisantes quel que soit le vaccin anti-rotavirus utilisé ++++

Certains parents appliquent de la crème EMLA® avant la vaccination. Est-ce que cela peut avoir un effet négatif sur l'efficacité du vaccin ?

C'est surtout une dépense souvent inutile... puisque l'anesthésie est très superficielle, pouvant limiter la douleur liée à la piqûre, mais n'influençant guère la douleur liée au volume et/ou au produit injecté en intramusculaire. Du fait de cet impact superficiel, l'EMLA interfère avec les vaccins vivants se répliquant dans la peau (BCG) mais pas avec ceux injectés en sous-cutané ou en intramusculaire.

Y a-t-il une limite au nombre de vaccins ou d'injections qu'on peut donner aux enfants au cours d'une même visite?

Il n'y a pas véritablement de limite au nombre de vaccins que l'on peut administrer en même temps à un enfant. En donnant plusieurs vaccins simultanément, on protège les enfants plus tôt contre un plus grand nombre de maladies et on épargne aux parents le temps et les frais liés à des consultations répétées. Ne sont cependant administrés en même temps que les vaccins qui sont inoffensifs et efficaces lorsqu'ils sont donnés ensemble. Le fait de donner plusieurs injections au cours d'une même visite n'augmentera pas la fréquence, l'intensité ou la gravité des effets secondaires. De plus, le traitement de l'inconfort de l'enfant vacciné sera le même, qu'il ait reçu une ou plusieurs injections. Bien entendu, lorsque c'est possible, on privilégie les vaccins combinés. En réduisant le nombre d'injections, on diminue l'inconfort causé aux enfants.

Quel intervalle faut-il respecter entre un vaccin et un don de sang ?

Il a été défini des périodes d'interdiction durant lesquelles un don de sang ne sera pas accepté s'il y a eu une vaccination. Cette précaution vise à éliminer complètement la possibilité théorique que la personne vaccinée ait pu être en incubation de la maladie contre laquelle elle a reçu le vaccin, au moment où elle l'a reçu. À titre indicatif, la période d'interdiction à la suite de l'administration d'un vaccin vivant atténué est de 4 semaines, sauf pour le vaccin contre la varicelle (3 mois) et le vaccin BCG (6 semaines).

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 Ategbo (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 Mabiala Babela (Congo Brazza), O Ndiaye (Sénégal), M Saadi (Agadir), A Soumana (Niger), MC Yanza Sepou (Centre-afrique), M Youbi (Direction de l'épidémiologie-Maroc).