

1. Pour votre information :

Les infections invasives à méningocoque (IIM) regroupent les méningites, septicémies et chocs septiques liés à *Neisseria meningitidis*. Au Maroc, le sérotype B domine, suivi des sérotypes W et Y et plus rarement C.

Ce sont des infections à déclaration obligatoire. Les mesures de prévention secondaires reposent sur une antibioprophylaxie des personnes en contact proche dans les dix jours précédant le diagnostic et une vaccination s'il s'agit d'un sérotype vaccinal (A, C, W, Y). La vaccination de tous les enfants de plus de 1 an et des jeunes adultes est recommandée.

En dehors de la vaccination autour d'un cas, l'OMS recommande :

1. Dans les pays ayant des taux d'endémie élevés (>10 cas/100 000 habitants/an) ou intermédiaires (2-10 cas/100 000 habitants/an) de la méningococcie invasive et que ceux touchés fréquemment par des épidémies introduisent des programmes de vaccination anti-méningococcie à grande échelle.
2. Dans les pays où la maladie apparaît moins fréquemment (<2 cas/100 000 habitants/an), la vaccination anti-méningococcie est recommandée pour des groupes à risque définis. Les voyageurs se rendant dans des régions de forte endémie doivent être vaccinés contre le(s) sérotype(s) prévalent(s). De plus, la vaccination anti-méningococcie doit être offerte à tous les sujets présentant une immunodéficiência, notamment une asplénie, des déficits terminaux du complément ou une infection à VIH avancée.

Pour chaque pays, le choix du vaccin va dépendre du(des) sérotype(s) de *N. meningitidis* (ou du séro sous type dans le cas du sérotype B) qui prédomine(nt) localement.

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, Rotarix, Priorix, Infanrix IPV Hib, Engerix pédiatrique, Engerix Adulte sont disponibles. Par contre l'Infanrix-Hexa 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 :

J'ai un cas d'un nourrisson qui a eu un malaise après le vaccin du 2^{ème} mois. Il a reçu le pentavalent et juste après il a reçu le vaccin anti-pneumococcie. A peine l'aiguille du vaccin retirée, il fait un malaise avec une perte de connaissance, une pâleur intense et une fixité du regard. La durée du malaise a été très brève. Par la suite, l'examen clinique en particulier neurologique était strictement normal. Il aura les vaccins du troisième mois le 19 décembre. Qu'est-ce que je dois dire à la maman ?

L'épisode d'hypotonie-hyporéactivité (EHH) post-vaccinale est peu fréquente. Elle a été décrite chez des enfants âgés de moins de 2 ans qui recevaient les vaccins entiers contre la coqueluche. Le risque est diminué par les vaccins acellulaires. La réaction se produit de 1 à 12 heures après la vaccination. Les enfants sont irritables au début et peuvent être fébriles. Par la suite, ils deviennent pâles, flasques et insensibles ou hyporéactifs. La respiration devient alors superficielle, et une cyanose peut être notée. En conséquence, les parents peuvent rapporter que l'enfant ne respirait pas. Les épisodes sont autolimités et sont habituellement de courte durée (quelques minutes), bien qu'il puisse s'écouler jusqu'à 36 heures avant que l'enfant récupère complètement. La cause de ces épisodes est inconnue, mais certains pensent qu'ils correspondent à des évanouissements ou à des convulsions fébriles, mais atoniques. Depuis l'utilisation des vaccins acellulaires contre la coqueluche, cette réaction est rarement signalée après la vaccination.

Pour l'OMS et selon la définition du cas, l'EHH se caractérise par l'apparition brutale d'une faiblesse, d'une réactivité réduite et d'une pâleur ou d'une cyanose. En 1991, l'examen de l'Institute of Medicine a conclu qu'il y avait suffisamment de preuves pour établir un lien de cause à effet entre le vaccin anti-coquelucheux à germes entiers et l'EHH. Bien que ces épisodes surviennent le plus souvent après l'administration de ce vaccin, cette réaction a été attestée après d'autres vaccins, notamment ceux contre la diphtérie, le tétanos, *Haemophilus influenzae* type b et l'hépatite B. Les taux signalés après le vaccin anti-coquelucheux à germes entiers vont de 0 à 291 pour 100 000 doses (Cody et al., 1981 ; DuVernoy et al., 1999 ; Chen et al., 2000). On en ignore la cause, mais on observe un rétablissement spontané sans aucune séquelle. Un certain nombre d'études ont fait des rapports sur le suivi des cas d'EHH. Elles se sont cependant basées sur les informations données par les parents plutôt que sur des tests portant sur le développement neural. Les conclusions de cette étude sont que rien n'indique que ces enfants aient présenté des signes de lésion neurologique sévère associée à l'EHH. Dans leur majorité, ces nourrissons peuvent être vaccinés de nouveau sans danger et sans récurrence de l'EHH. De plus, l'avènement des vaccins acellulaires a entraîné une baisse marquée de la fréquence des cas d'EHH (LeSaux et al., 2003).

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 Bensnoui (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).