

1. Pour votre information :

Le Site *Infovac-Maroc* est disponible avec sa nouvelle version. Vous pouvez le consulter sur l'adresse suivante : www.infovac-maroc.com. Sur le site, nous avons essayé d'adapter les documents au contexte marocain en tenant compte des spécificités épidémiologiques et aussi de la disponibilité de certains vaccins au Maroc.

Pour poser une question, contacter infovacmaroc@gmail.com

2. Du côté des produits :

Après quelques difficultés, la situation commence à revenir à la normale. En effet :

- **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 les vaccins suivants : Rotarix, Synflorix, Priorix, Infanrix IPVHib, Infanrix Hexa, Engerix B 10, Engerix B 20, sont disponibles le mois d'Avril. Par ailleurs, Havrix est de nouveau disponible sur le marché privé.
- **MSD** signale la disponibilité de ses vaccins Varivax, Gardasil, Rotateq et MMR II.
- **Pfizer** nous informe que Prevenar est actuellement 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 vacciné contre la rougeole avec une 1^{ère} dose de ROR puis à la 2^{ème} dose par le Priorix. 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.

Des vaccins comparables sont produits et commercialisés par différents laboratoires : hépatite B, hépatite A, coquelucheux acellulaire, vaccins rougeole-oreillons-rubéole. Ces vaccins sont, dans l'ensemble, considérés comme interchangeables : une vaccination peut être commencée par un produit et poursuivie par un autre pour les autres injections. Il faut savoir cependant que l'on ne dispose que de très peu de données sur cette interchangeabilité. Pour l'instant, sont considérés comme interchangeables : les différents vaccins contre l'hépatite B, les vaccins contre l'hépatite A, et les vaccins rougeole-oreillons-rubéole. À ce jour, en revanche, aucune étude ne permet de proposer l'interchangeabilité entre les différents vaccins coquelucheux acellulaires. Aussi, ils ne doivent pas être interchangés au cours de la primovaccination, la nature et la dose des antigènes vaccinaux étant différentes d'un producteur à l'autre. Faute de données cliniques, il est important de primo-vacciner avec le même vaccin. Toutefois, en cas d'absolue nécessité (par exemple, manque de produit, rupture d'approvisionnement ou changement de produits lors d'appel d'offres sur le marché public), il vaut mieux terminer la vaccination en cours avec le vaccin d'un autre producteur que la stopper.

Le diagnostic d'oreillons a été porté à l'âge de 9 mois devant une parotidite. Hassan a maintenant 12 mois et n'a reçu aucune dose de RRO. Y a-t-il une contre-indication à effectuer le vaccin trivalent ?

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 cet enfant doit être vacciné 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 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.

Fatima est âgée de 15 ans a eu 2 injections d'hépatite B à un mois d'intervalle 2009. Une injection de rappel a été faite en septembre 2016. Le médecin qui suit l'enfant a proposé une deuxième injection en octobre : doit-on réaliser cette deuxième injection ou faire une sérologie ?

Non. Cette jeune fille est correctement vaccinée (3 injections avec au moins 1 mois entre les deux premières doses et au moins 6 mois avant la dernière) et aucune injection supplémentaire (ni sérologie!) n'est donc indiquée.

Un BCG intradermique fait au centre de santé a provoqué un écoulement caséeux persistant depuis plusieurs semaines. Y a-t'il autre chose à faire qu'un traitement local ?

Chez le sujet immunocompétent, les ulcérations post-BCG sont bien connues et surviendraient dans 1 à 2 % des cas (avec ou sans adénite satellite). Leur évolution peut être prolongée sur plusieurs mois, mais elles finissent par guérir sans séquelles si ce n'est la cicatrice. Rien n'indique que les sujets avec une réaction locale présentent un déficit immunitaire ou soient mieux ou moins bien protégés contre la tuberculose. Aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité pour accélérer la guérison. Il n'est recommandé que des pansements secs.

M Bouskraoui (Marrakech) , S Afif (Casablanca), H Afila (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).