

XXIII^e Rencontres Francophones Nord-Sud de Pédiatrie

Imbert P, Moulin F

Groupe de Pédiatrie tropicale de la Société Française de Pédiatrie

Med Trop 2009; **69** : 559-560

Les XXIII^e Rencontres Francophones Nord-Sud de Pédiatrie, organisées par l'Association des Pédiatres de Langue Française et le Département de Pédiatrie de l'Hôpital Saint Vincent de Paul (D. Gendrel, C. Dupont) se sont déroulées, au cours des Journées Parisiennes de Pédiatrie, les 9-10 octobre 2009 à Paris. Ces Rencontres ont comporté, cette année, un séminaire Nord-Sud de vaccinologie et une séance de communications affichées.

Le séminaire Nord-Sud de vaccinologie avait cette année plusieurs thèmes. Actualité oblige, la session a débuté par une mise au point sur les vaccins contre la grippe A H1N1 2009 (R. Cohen) (ACTIV, Créteil). Même si cette grippe pandémique est moins grave qu'on pouvait le craindre, les données accumulées depuis le début de la pandémie confirment l'extrême contagiosité de ce virus. Ainsi le taux d'attaque est beaucoup plus fort que pour une grippe saisonnière, de sorte qu'à létalité comparable, le nombre de décès dus au virus pandémique sera beaucoup plus élevé qu'avec le virus saisonnier. Il est donc capital de s'en protéger. Pour ce faire, 2 types de mesures sont à notre disposition. Les mesures barrière sont certes efficaces mais elles n'assurent pas une protection absolue, notamment dans la durée. Leur but est surtout de ralentir la progression de la pandémie pour éviter une saturation des systèmes de soins et un blocage de la société. La place des vaccins est donc essentielle pour limiter la diffusion et protéger en premier lieu les sujets à risque pour eux-mêmes (femmes enceintes, porteurs de maladies chroniques) ou pour les autres (personnels soignants, entourage familial de nourrissons de moins de 6 mois). Plusieurs vaccins ont franchi avec succès les étapes de fabrication en termes d'immunogénicité et de sécurité. Certains ont bénéficié des acquis des procédures de fabrication du vaccin pré-pandémique contre le virus de la grippe aviaire (H5N1), en remplaçant la valence H5 par la valence H1, ce qui a permis de raccourcir les délais de fabrication. Tous les vaccins, avec ou sans adjuvants, sont efficaces en une injection, du moins à court terme ; pour le long terme, il est vraisemblable qu'une 2^e injection soit nécessaire.

La vaccination contre la fièvre jaune a été évoquée ensuite en 3 parties. P. Imbert (Saint-Mandé) a rappelé les aspects épidémiologiques et cliniques de cette endémie qui sévit dans les régions inter-tropicales d'Amérique latine et d'Afrique. Alors qu'elle était jugulée par les campagnes de vaccination, le vaccin étant remarquablement efficace, elle est résurgente depuis les années 1970 du fait d'un relâchement de ces campagnes. Actuellement, son incidence est en constante progression, notamment en Afrique de l'Ouest. L'existence d'un cycle selvatique, composé de singes et de leurs vecteurs, des moustiques du genre *Aedes*, rend illusoire son éradication. En l'absence de traitement curatif, seule la vaccination systématique des populations en zone d'endémie, notamment des enfants dans le cadre



Une journée de vaccination à Prey Nop, Cambodge © Imbert P.

du programme élargi de vaccinations, pourra en faire reculer la morbidité et surtout la mortalité, redoutée par les pays d'endémie mais aussi par ceux qui en sont indemnes en dépit de conditions épidémiologiques propices. F. Moulin (Paris) a abordé des situations vaccinales particulières. Le vaccin fièvre jaune (Stamaril®, Laboratoire Sanofi Pasteur) est un vaccin vivant atténué et préparé sur des œufs embryonnés. Ainsi, il est contre-indiqué chez la femme enceinte, l'enfant de moins de 6 mois (en revanche, le vaccin est sûr et efficace à partir de 6 mois), l'immunodéprimé et chez l'allergique à l'œuf. Dans ce dernier cas, une étude intéressante récente a montré qu'après une injection test intradermique d'1/5^e de dose de vaccin, l'efficacité immunologique est comparable à celle d'une pleine dose du vaccin administré par voie sous-cutanée. Ce travail permet d'envisager une solution vaccinale chez l'allergique à l'œuf. P. Brègère (Laboratoire Sanofi Pasteur MSD, Lyon) a exposé les effets indésirables graves, rapportés essentiellement chez des voyageurs, qui sont de deux types : la maladie neurotrope associée à la vaccination anti-amarile (YEL-AND), survenant dans les 30 jours suivant la vaccination, et la maladie viscérotrope associée à la vaccination anti-amarile (YEL-AVD, dont plusieurs cas ont été rapportés récemment dans la littérature, et qui surviennent dans les 10 jours suivant la vaccination. Les principaux facteurs favorisants sont l'âge au-dessus de 60 ans et des troubles thymiques (thymome, thymectomie, ...). En France, depuis qu'un recensement systématique des effets indésirables est effectué (janvier 2007), aucun cas de YEL-AND ou YEL-AVD n'a été signalé. C'est pourquoi, chez tout voyageur se rendant en zone d'endémicité amarile, il faut bien apprécier le bénéfice/risque de cette vaccination, surtout après 60 ans. En zone d'endémie, en l'absence de système de pharmacovigilance, la prévalence de ces accidents n'est pas connue. Des résultats d'une étude prospective en cours au Burkina Faso sont attendus pour 2010.

• Correspondance : patrick.imbert@santarm.fr

Puis P. Pothier (Dijon) a fait une conférence passionnante sur les variations des génotypes de Rotavirus dans le temps et dans l'espace. La diarrhée à Rotavirus est encore chaque année responsable d'environ 600 000 décès d'enfants, essentiellement dans les pays en développement. Ce virus est remarquable par l'importance de sa diversité génotypique. Elle l'est bien sûr d'un continent à l'autre ou d'un pays à l'autre, mais la surveillance de cette diversité révèle qu'elle l'est également au sein d'un pays et que sa dynamique évolue dans le temps aussi bien que dans l'espace, sans que des facteurs spécifiques aient été identifiés. Ces constatations ont des conséquences importantes pour la surveillance de l'efficacité des vaccins anti Rotavirus. Un exemple est la prévalence plus élevée en Afrique du génotype G8, absent du vaccin, expliquant probablement en partie sa moindre efficacité dans les pays où il a été testé, malgré l'effet hétérotypique qui lui est prêté. Un autre exemple est le génotype G9, qui d'après les données du réseau EuroRotaNet est bien implanté en Europe et représente maintenant le 2^e génotype en France, où il n'a pourtant émergé qu'en 2004. De nombreuses inconnues persistent sur la répartition des génotypes dans certaines parties du monde, Afrique notamment. Leur connaissance est un préalable indispensable à l'introduction de ces vaccins à grande échelle, attendue pour lutter contre la mortalité par diarrhée.

D. Gendrel (Paris) a ensuite fait un vigoureux plaidoyer pour expliquer les nouvelles recommandations françaises en termes de vaccination contre l'hépatite A. Ce vaccin est désormais recommandé pour les enfants à partir de l'âge de un an, nés d'une famille dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémie et qui sont susceptibles d'y séjourner. Le vaccin est également indiqué dans l'entourage familial (vivant sous le même toit) d'un patient atteint d'hépatite A. Il a en effet montré son efficacité dans cette situation, en remplacement des immunoglobulines qui ne sont plus disponibles.

Le séminaire s'est terminé par une conférence de E. Bonnet (Laboratoire Wyeth, Paris) sur les vaccins anti-pneumococques conjugués : vaccins actuels et à venir. Le vaccin heptavalent (Prévenar[®]), dont la composition a été déterminée en fonction des génotypes prédominant en Occident, a largement montré son efficacité dans ces pays pour réduire la morbidité et la mortalité liées au pneumocoque : infections invasives, pneumonies, et otite moyenne aiguë à un moindre degré. Cependant d'autres sérotypes, non conte-

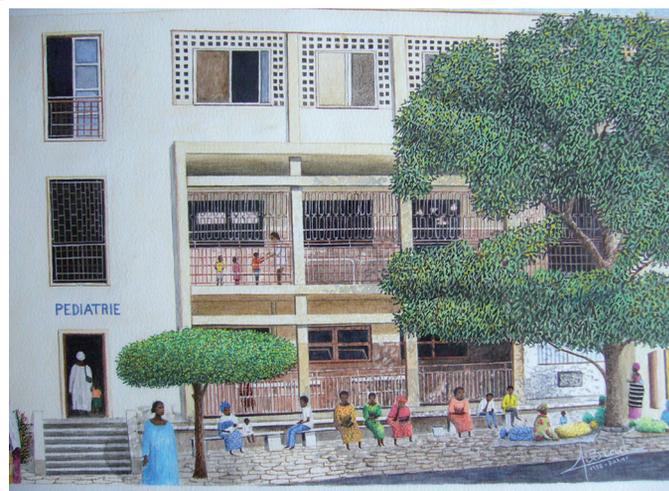
nus dans le vaccin, en particulier le 19A, sont de plus en plus responsables d'infections graves. Par ailleurs, dans les pays en développement, la répartition des sérotypes, encore insuffisamment documentée, est différente. Ainsi en Afrique, les sérotypes 1 et 5, non pris en compte par le Prévenar[®], sont respectivement responsables d'environ 30 % et 10 % des infections invasives. La solution passe donc par un vaccin incluant ces autres sérotypes. Deux vaccins ont pris en compte ces préoccupations : un vaccin 10-valent, comportant également les sérotypes 1 et 5, et un vaccin 13-valent, qui outre les sérotypes précédents, inclut le 19A. Ces nouveaux vaccins devraient être disponibles en 2010, et constituent une avancée significative dans la protection contre le pneumocoque, y compris pour les adultes. Leur mise à disposition devra s'accompagner d'une surveillance étroite de l'épidémiologie de *S. pneumoniae*.

Les communications affichées ont été présentées par leurs auteurs et discutées au cours d'une séance dédiée (modérateurs : P. Imbert et A. Banerjee). Les thèmes abordés étaient très divers, allant de l'infectiologie (notamment, rougeole, infection à VIH, infections à pneumocoque, infections nosocomiales) à la nutrition, la néonatalogie et la pédiatrie générale. Cette session fut animée et a permis d'apprécier le dynamisme des différentes équipes d'Afrique francophone.

Au total, les Rencontres Francophones Nord-Sud de Pédiatrie, qui offrent une occasion rare d'échanges entre les équipes pédiatriques du Nord et du Sud, ont cette année encore connu un vif succès, comme en témoigne la participation toujours nombreuse et attentive aux différentes sessions. ■

Pour en savoir plus

- Cohen R. Vaccination contre la grippe A (H1N1) 2009 - Infovac-France, 3 septembre 2009. Disponible à : <http://www.infovac.fr>
- Osei-Kwasi M, Donyo SK, Koram KA, Afari A, Odoom JK, Nkrumah FK. Antibody response to 17D yellow fever vaccine in Ghanaian infants. *Bull World Health Organ* 2001 ; 79 : 1056-9.
- Roukens AH, Vossen AC, van Dissel JT, Visser LG. Reduced intradermal test dose of yellow fever vaccine induces protective immunity in individuals with egg allergy. *Vaccine* 2009 ; 27 : 2408-9.
- CDC, Health Information for International Travel 2009-2010 : Yellow Book. directeurs : Brunette GW, Kozarsky PE, Magill AJ, Shlim DR, edit Mosby 540 p.



Peinture représentant le Service de pédiatrie de l'Hôpital Principal de Dakar © Imbert P.