



- ▶ Ostéopathie et sages-femmes...
- ▶ Vaccination antigrippale chez un nourrisson asthmatique de dix-huit mois sous traitement de fond par corticoïdes inhalés
- ▶ Peut-on vacciner sous traitement antibiotique ?

Ostéopathie et sages-femmes...

Notre collègue S. Romano souhaite «échanger avec les membres de la liste quelques anecdotes récentes au sujet de nos amis ou confrères ostéopathes», tout en précisant qu'il «n'a rien contre l'ostéopathie et recommande souvent une visite chez un ostéopathe pour des patients atteints de torticolis». Mais il se trouve confronté à des dérives qu'il refuse. Il en donne quelques exemples : une semaine plus tôt, une mère l'a contacté à la demande de son ostéopathe pour qu'il rédige un certificat médical l'autorisant à faire mettre un cale-tête en crèche pour éviter une déformation de la tête de l'enfant ; ce jour, l'ostéopathe demande

qu'il prescrive la préparation suivante à un nourrisson atteint de coliques : carbonate de calcium (10 g), julep gommeux (qsp 100 ml), gomme arabique (10 g), sirop simple (30 g), eau de fleur d'oranger (10 g), eau distillée (qsp 150 mg).

S. Romano ajoute qu'il a aussi, de temps en temps, de la part des ostéopathes des demandes de prescription d'Inexium® pour des reflux gastro-œsophagiens «ostéopathiquement diagnostiqués» ! Il termine cette énumération en indiquant : «Par contre, je viens de finir une consultation avec un bébé de trois mois qui a un magnifique torticolis mais pas de plagiocéphalie, car il est tout le

temps dans les bras de ses parents (il ne pleure pas, mais les parents adorent le porter) ! ». F.M. Caron réagit en écrivant : «J'en ai assez du baptême ostéopathique de tous les bébés, baptême encouragé par les sages-femmes, qui sont devenues les spécialistes des nouveau-nés... ». Pour notre confrère, «il ne faut rien laisser passer, remettre les sages-femmes à leur place, en collaboration avec nous et pas en concurrence, et les ostéopathes chez les adultes ». Et d'ajouter : «On est en 2018, et la médecine high-tech, qui peut aussi être bienveillante, côtoie la magie et les bisounours qui croient au nouveau-né à bas risque... ».

D. Lemaitre, tout à fait d'accord avec F.M. Caron, parle de l'expérience néo-calédonienne : «Et encore, vous avez de la chance par rapport à nous. Depuis quelques années, les sages-femmes d'ici sont autorisées à vacciner les enfants jusqu'à deux ans. Du coup, les pédiatres ne voient plus les nouveau-nés, les hanches ne sont plus examinées, les ictères prolongés ne sont plus explorés. Le parcours de soins va de la sage-femme à l'ostéopathe. Quand les vaccinations n'ont pas été rigoureusement effectuées selon le calendrier, les rattrapages ne sont pas faits correctement ». Et il ajoute une note vue sur un carnet de santé : «pleurs du soir, voir ostéopathe... », avant de conclure en constatant que l'on s'éloigne à grand pas de la médecine fondée sur les preuves. S'agissant de l'ostéopathie chez l'enfant et de la médecine fondée sur les preuves, nous renvoyons à nouveau le lecteur à la méta-analyse de Posadzki et al., qui concluaient qu'il n'y

avait aucune preuve de l'efficacité de l'ostéopathie chez le nourrisson et l'enfant (1). Voici le genre de questions posées à *mpedia* (2) auxquelles je dois répondre, se désole C. Salinier, rebondissant ainsi sur « pleurs du soir, voir ostéopathe » : « Mon fils de huit mois ne dort quasiment pas. Il ne fait aucune sieste la journée et refuse de s'endormir. Il est allaité à la demande et très bien diversifié depuis ses quatre mois. Il faisait de très belles nuits une fois endormi (19 h-7 h) mais ce n'est plus le cas depuis deux mois. Il y a bien sûr un rituel du coucher depuis la sortie de la maternité. Nous avons essayé les berceuses, les peluches aux bruits blancs, les massages, l'homéopathie, la veilleuse simple et celle à projection au plafond, le doudou, etc. Il ne prend pas de tétine. Nous avons consulté trois fois un ostéopathe et deux fois un microkiné (3). Rien n'a évolué dans le positif... Nous sommes à bout avec le papa, nous ne savons plus comment faire pour l'aider à trouver le sommeil. Il refuse aussi de faire des siestes. En espérant pouvoir trouver une solution avec vous pour le bien de bébé et aussi de ses parents ». Comme l'écrivait D. Lemaitre, nous vivons une époque moderne ! ■

(1) POSADZKI P., LEE M.S., ERNST E. : « Osteopathic manipulative treatment for pediatric conditions : a systematic review », *Pediatrics*, 2013 ; 132 : 140-52. Synthèse par G. Dutau : « Manipulations ostéopathiques en pédiatrie : revue systématique », *Méd. Enf.*, 2015 ; 35 : 213-5.

(2) Site conçu par l'Alfa (Association française de pédiatrie ambulatoire) : www.mpedia.fr.

(3) Craignant une sorte de galéjade, je suis allé sur Google voir si le terme « microkiné » existait bien. Mais oui ! le « microkiné » et la « microkinésithérapie », ça existe bien. Il paraît même que « ça donne des résultats bluffants ». Allez voir, ça vaut le détour. Les pédiatres seraient peut-être bien inspirés d'inventer la « micropédiatrie » !

Vaccination antigrippale chez un nourrisson asthmatique de dix-huit mois sous traitement de fond par corticoïdes inhalés

J.C. Requillart, qui vient de voir un nourrisson asthmatique de dix-huit mois sous traitement de fond par Flixotide®, se pose la question d'effectuer un vaccin antigrippal, les parents l'ayant interrogé sur l'opportunité de cette vaccination ! Dans son bulletin de février 2018, *Infovac* conseille le vaccin quadrivalent et, apparemment, un seul vaccin quadrivalent est disponible en injectable pour les enfants de plus de six mois : le Fluarix tetra®. Notre confrère se pose la question de l'opportunité du vaccin nasal Fluenz tetra®, mais il constate qu'il n'est utilisable qu'après vingt-quatre mois. Il demande aux participants de la liste de discussion s'ils ont l'expérience du vaccin nasal.

A. Werner précise que le Fluenz® (vaccin vivant intranasal) n'est pas disponible en France cet hiver et que le Vaxigrip tetra® peut également être administré à partir de six mois.

C. Copin ajoute que, selon l'AMM et l'American Academy of Pediatrics, le Fluenz® n'est pas indiqué pour les asthmatiques et autres enfants à risque. A. Werner, du même avis que C. Copin, confirme que ce vaccin n'est plus du tout recommandé aux Etats-Unis et de toute façon indisponible en France cet hiver.

F. Vié Le Sage ajoute son expertise à cette discussion : « Alors que l'ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) préconisait préfé-

rentiellement le vaccin vivant nasal (VVN), ce vaccin n'a plus été recommandé à partir de la saison 2016-2017. Le VVN était recommandé préférentiellement car : il s'était avéré nettement plus efficace que les vaccins inactivés injectables dans les études comparatives ; il était plus facilement accepté que les vaccins injectables ; il était plus à même d'entraîner une immunité de groupe (ce qui a été démontré). Mais, au cours des dix dernières années, le VVN s'est montré aux Etats-Unis de moins en moins efficace et, en 2015-2016, même moins efficace que les vaccins inactivés injectables. Une des hypothèses est que la vaccination répétée induit une immunité qui interfère avec la réplication du vaccin nasal, qui est un vaccin vivant. Cela n'est pas réellement une surprise : dès les études pré-AMM, le VVN s'était avéré moins efficace chez l'adulte que les vaccins inactivés injectables pour les mêmes raisons. D'ailleurs, en Angleterre, où la vaccination généralisée de l'enfant par VVN n'est installée que depuis 2014, l'efficacité a été excellente les deux premières années (données 2015-16, je n'ai pas les suivantes). Notre conseil en France serait donc de n'utiliser le vaccin nasal qu'en primovaccination, puis de continuer en injectable. Il n'est cependant pas disponible dans les pharmacies cette année malgré une AMM (le vac-

cin est dans le *Vidal*), car le laboratoire ne veut pas mettre en place un circuit de distribution pour une vente qui restera selon lui confidentielle... En ce qui concerne la tolérance, une étude de l'HCSP a mis en évidence une augmentation significative de la fréquence des épisodes de respiration sifflante dans les 42 jours suivant la vaccination chez les enfants âgés de six à vingt-trois mois, mais la fréquence de cet événement indésirable n'était pas augmentée chez les patients âgés de vingt-quatre mois et plus. Cette même étude a révélé une augmentation significative du nombre d'hospitalisations chez les nourrissons et enfants âgés de six à onze mois dans les 180 jours suivant l'administration de la dernière dose de Fluenz®. De ce fait, l'AMM pour ce vaccin n'a été accordée que pour les enfants âgés de vingt-quatre mois ou plus ».

VACCINATION ANTIGRIPPALE : LE POINT

Notre consœur M.A. Daumont s'interroge sur les modalités de la vaccination antigrippale contre l'épidémie à venir. Etant donné l'épidémie de l'année dernière, elle propose le vaccin antigrippal tétra aux enfants et suggère aux parents de le faire également. Elle ajoute qu'elle a eu parmi ses patients un enfant qui a fait une encéphalite sur grippe A avec lourdes séquelles. Elle pose une question aux membres de la liste : « Comme la valence grippe A se trouve dans le vaccin de cette année, et vu les doutes émis sur une somnolence transitoire après les rappels de grippe A, que nous conseillez-vous pour ceux qui ont déjà eu deux doses de grippe A ? Vaccin

tétra ou abstention de vaccin cette année ? ».

A. Isol émet des réserves : « J'avais la notion d'un vaccin antigrippal non remboursé mais pas trop cher. On en arrive à conseiller une vaccination pour tous, avec un vaccin tétra. Cela commence à faire un budget important pour certaines familles. Quelles explications pouvons-nous donner aux parents ? ». C. Salinier se demande elle aussi s'il faut vraiment vacciner tous les enfants.

F. Kochert indique que les cas de narcolepsie rapportés après la vaccination contre la grippe H1N1 concernaient surtout des patients vaccinés avec le Pandemrix®, qui contenait le squalène comme adjuvant. Elle ajoute qu'elle ne vaccine que les enfants à risque et conseille la vaccination de l'entourage des nouveau-nés.

F. Vié Le Sage, reprenant diverses remarques, précise les faits suivants :

les vaccins tétra comportent en plus une souche B, souche

qui a souvent sévi au cours des années précédentes, ce qui explique la faible activité des anciens vaccins trivalents. Il faut donc faire des vaccins tétra, sans garantie toutefois, car la prévision des épidémies de grippe chaque année par l'OMS n'est pas une science exacte. L'efficacité vaccinale n'a guère dépassé 30 % au cours des années précédentes, surtout chez les personnes de plus de soixante-cinq ans. Avec les vaccins tétra, on peut espérer une efficacité de 50 %. Ce n'est toujours pas beaucoup (pourcentage analogue à celui du BCG), mais 30 ou 50 % pour une maladie entraînant un nombre très élevé de cas signifient plusieurs milliers de décès en moins...

vacciner toute la population aurait un intérêt collectif, mais la faible efficacité de cette vaccination ne permettra pas de supprimer la circulation des virus. Cet intérêt est donc un peu illusoire ;

il faut donc surtout protéger

les sujets à risque : personnes âgées, femmes enceintes, asthmatiques, grands prématurés, immunodéprimés... et leur entourage ;

il faut pour cela que les professionnels de santé en contact avec ces malades soient également vaccinés ;

en ce qui concerne la narcolepsie, l'accusé est effectivement l'adjuvant squalène. Une publication récente du *BMJ* nous a perturbé, car elle compare le Pandemrix®, majoritairement utilisé en Europe, avec un autre vaccin adjuvé de la même manière (Arepanrix®). Cette publication a provoqué une polémique assez violente entre le *BMJ*, le laboratoire et l'EMA (European Medicines Agency). Le laboratoire était en particulier accusé d'avoir masqué des données de tolérance. Ces données ont été transmises à l'EMA sans que celle-ci ne lance d'alerte. Pour nous, cela posait aussi le problème de la

responsabilité de l'adjuvant commun aux deux vaccins. L'EMA a répondu que Arepanrix® avait été utilisé dans des pays où il y avait peu de pharmacovigilance et en petit nombre, ce qui expliquait la différence. La responsabilité de l'adjuvant squalène (non aluminique) reste donc l'hypothèse probable (1). Pour information, un des problèmes des vaccins grippaux est que l'adjuvant aluminium n'est pas efficace et qu'il faudrait trouver un adjuvant pour augmenter l'efficacité. C'est ce qui s'est passé avec le Pandemrix®. Cela confirme qu'il vaut mieux utiliser quand on le peut un adjuvant vieux de quatre-vingt-dix ans et dont l'efficacité et la tolérance sont démontrées que d'autres adjuvants moins connus. ■

(1) OMS : « Vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1) de 2009 et narcolepsie », janvier 2016 (www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/influenza/pandemic/h1n1_safety_assessing/Dec_2015/fr).

Peut-on vacciner sous traitement antibiotique ?

Ayant reçu pour son rappel de Priorix® un enfant qui était en cours de traitement par amoxicilline-acide clavulanique, notre confrère O. Fresco se pose la question de l'opportunité de réaliser ce vaccin sous antibiotiques. L'ORL qui avait prescrit l'antibiothérapie avait indiqué que cela ne gênerait pas la réalisation de la vaccination. Il semblait à notre confrère « que l'on ne faisait pas de vaccin vivant dans ce cas », et, dans le doute, il avait préféré décaler ce rappel de quelques semaines. Il pose la question aux membres de la liste de discussion : « Qu'auriez-

vous fait ? Est-ce une erreur de ne pas faire de vaccin sous antibiotiques ? ».

D. Sommerville précise que le ROR est certes un vaccin vivant, mais qu'étant viral, il ne peut pas interférer avec une antibiothérapie en cours. Par contre, on évite généralement de vacciner pendant la phase aiguë d'une infection, même s'il ne semble pas y avoir de réelle justification immunologique. Mais, si l'infection est sous contrôle, il n'y a pas de problème pour vacciner cet enfant, même si le traitement antibiotique n'est pas terminé. ■

De lecteur, devenez acteur en participant au groupe de discussion de Médecine et enfance

Toutes les adresses ci-dessous sont à recopier exactement : pas d'accent à « médecine » et tiret simple entre « médecine » et « enfance », et « subscribe » et « unsubscribe » (ces conditions et termes anglais nous étant imposés...).

Pour **demandeur votre inscription** au groupe de discussion de *Médecine et enfance* : envoyez un courrier électronique sans sujet ni message à l'adresse : medecine-enfance-subscribe@yahoogroupes.fr. Suivez ensuite les instructions figurant dans le message (en français) qui vous sera adressé en réponse.

Pour **envoyer un message au groupe** après votre inscription, utilisez l'adresse : medecine-enfance@yahoogroupes.fr.

Pour **recevoir les messages** : les messages envoyés par les confrères de la liste arriveront sur votre boîte aux lettres comme n'importe quel autre message.

Pour **vous désinscrire** du groupe, envoyez un courrier électronique sans sujet ni message à l'adresse : medecine-enfance-unsubscribe@yahoogroupes.fr (cette désinscription est automatique ; aucune explication ne vous sera demandée).