



Cours d'Automne de Chimiothérapie
Anti Infectieuse et de Vaccinologie
05 – 07 Octobre 2020

Accueil sanitaire d'une jeune femme migrante primo-arrivante drépanocytaire

Dr Nicolas VIGNIER, MD, PhD

Inserm CIC 1424, Centre hospitalier de Cayenne

Groupe Vaccination Prévention de la SPILF / Commission migrant SFLS



Liens d'intérêt

- Invitations congrès/repas: ViiV, MSD, BMS, Gilead, Pfizer, Grunenthal SAS, Astrazeneca
- Membre du bureau de la SFLS, du CA de la SMV et co-coordonateur du groupe Vaccination prévention de la SPILF
- Pas d'autres liens d'intérêt

Situation clinique

- Awa, 19 ans, vous est adressée en consultation dans votre centre de vaccination pour mise à jour du calendrier vaccinal
- Elle est originaire de RDC, en France depuis 5 mois. Elle a fui les violences et souhaite déposer une demande d'asile. Elle n'a pas de couverture maladie.
- Elle est atteinte de drépanocytose pour laquelle elle a souffert de multiples crises vaso-occlusives avant son arrivée

Question 1 (choix multiples)

A quel risque infectieux sont spécifiquement exposés les drépanocytaires?

1. Rougeole
2. Infections invasives pneumococciques
3. Infections invasives méningococciques
4. Hépatite A
5. Hépatite B
6. Tuberculose

Question 1 (choix multiples)

A quel risque infectieux sont spécifiquement exposés les drépanocytaires?

1. Rougeole
- 2. Infections invasives pneumococciques**
- 3. Infections invasives méningococciques**
4. Hépatite A
- 5. Hépatite B**
6. Tuberculose

La drépanocytose dans le monde

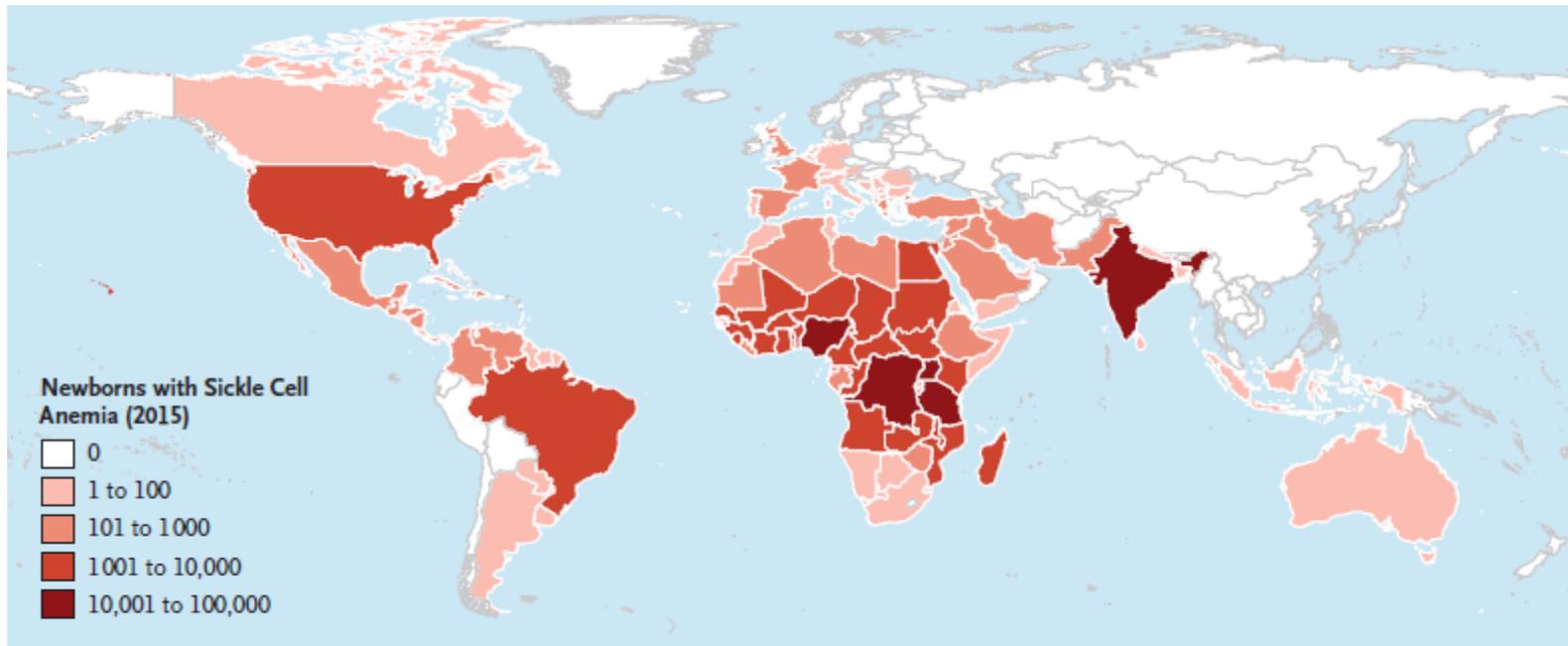


Figure 1. Number of Newborns with Sickle Cell Anemia in Each Country in 2015.

Data are based on estimates from Piel et al.¹ Alaska is shown separately from the rest of the United States.

En France:

- 400 naissances / an dont 80 TOM
- 10 000 personnes vivant avec SDM dont 50% adultes

Drépanocytose et infections

- Infections

- Risque x50-100
 - Maximale enfants < 2 ans
- Impacte le pronostic (**morbidity et mortalité**)
 - Enfants en Afrique++
 - Mais aussi dans les pays dits développés

- Dysfonction splénique

- Rôle dans la réponse immune innée et adaptative
- **Hypo ou asplénie**
- Susceptibilité accrue aux **infections bactériennes à germe encapsulés**

- Autres dysfonctions:

- activation du complément
- génétiques
- mécaniques

Booth C, Int J Infect Dis 2010

Piel FB, N Engl J Med 2017

Brousse V, Br J Haematol 2014

Williams TN, Lancet 2009

Drépanocytose et germes encapsulés

- Infections invasives à *Streptococcus pneumoniae*
- Infections invasives à *Haemophilus influenzae de type B*
- Infections invasives à *Neisseria meningitidis*
- Salmonelles et entérobactéries

Barret-Connor E, Medecine 1971
Piel FB, N Engl J Med 2017
Brousse V, Br J Haematol 2014
Williams TN, Lancet 2009

Drépanocytose et infections

- **Ostéomyélites**
 - Salmonelles, *Staphylococcus aureus*, BGNs, *Mycobacterium tuberculosis*
- **Syndrome thoracique**
 - Implication de pathogènes (*Chlamydia*, *Mycoplasma*, et virus)
- **Paludisme**
 - Pas d'augmentation d'incidence
 - Mais une augmentation de la mortalité
- **Risque transfusionnel (VHB, VIH, VHC)**
 - Limité au Nord, persistant au Sud
 - Drépanocytose et foie
 - Maladie veino-occlusive
- **Autres:** Parvovirus B19, *Yersina enterocolitica*, *Ewardsiella tarda*

Vichinsky EP, N Engl J Med 2000

Booth C, Int J Infect Dis 2010

Makani J, Blood 2010

McAuley CF, Blood 2010

Question 2 (choix multiples)

Quels sont les moyens de prévention à votre disposition chez votre patiente?

1. Hygiène des mains et alimentaire
2. Vaccinations du calendrier vaccinal
3. Vaccinations spécifiques
4. Antibioprophylaxie par pénicilline V au long cours
5. Antibioprophylaxie par pénicilline V pdt 2 ans
6. Compléments nutritionnels (Zinc)
7. Diagnostic précoce des infections

Question 2 (choix multiples)

Quels sont les moyens de prévention à votre disposition chez votre patiente?

1. **Hygiène des mains et alimentaire**
2. **Vaccinations du calendrier vaccinal**
3. **Vaccinations spécifiques**
4. Antibioprophylaxie par pénicilline V au long cours
5. Antibioprophylaxie par pénicilline V pdt 2 ans
6. Compléments nutritionnels (Zinc)
7. **Diagnostic précoce des infections**

Antibioprophylaxie

- Réduction de 84% le risque d'IIP
- Pénicillin V
 - Recommandée dès l'âge de 3 mois
 - Durée controversée
 - Pas de surmortalité si arrêté à l'âge de 5 ans
 - Mais manque de puissance
 - Risque d'acquisition de résistances
 - Observance faible (50%)

Question (choix multiples)

Quelle prise en charge sociale pour Awa?

1. Aide Médicale d'Etat
2. CMU
3. PUMA+ CMU complémentaire
4. Assurance Maladie + CMU complémentaire
5. Assurance Maladie + CSS
6. Demande d'asile
7. Droit au séjour pour raisons de santé
8. Appartement de coordination thérapeutique

Question (choix multiples)

Quelle prise en charge sociale pour Awa?

1. Aide Médicale d'Etat
2. CMU
3. PUMA+ CMU complémentaire
4. Assurance Maladie + CMU complémentaire
5. Assurance Maladie + CSS (dès dépôt DA et si preuve présence > 3 mois)
6. Demande d'asile
7. Droit au séjour pour raisons de santé
8. Appartement de coordination thérapeutique

Question (choix multiples)

Prescrivez vous un bilan de santé chez cette jeune femme âgée de 19 ans ?

1. Non, pas d'indication
2. Non, j'attends qu'elle ait une couverture maladie
3. Non, j'attends qu'elle soit prise en charge dans un service spécialisé sur la drépanocytose
4. Oui, via la PASS
5. Oui, via le CeGIDD

Question (choix multiples)

Prescrivez vous un bilan de santé chez cette jeune femme âgée de 19 ans ?

1. Non, pas d'indication
2. Non, j'attends qu'elle ait une couverture maladie
3. Non, j'attends qu'elle soit prise en charge dans un service spécialisé sur la drépanocytose
4. Oui, via la PASS
5. Oui, via le CeGIDD

Vous décidez de faire un bilan via la PASS

Question 4. Quel bilan lui prescrivez vous?

1. Interrogatoire
2. Examen clinique
3. NFS, plaquettes
4. CRP
5. Iono, urée, créatinine
6. ASAT, ALAT, GGT, PAL, bili
7. Electrophorèse de l'Hb
8. Vitamine B9, B12
9. Vitamine D
10. Albumine
11. Béta HCG
12. Sérologie VIH
13. Ag HBs
14. Ac antiHBs, Ac antiHBc
15. Sérologie VHC
16. Sérologie bilharziose
17. Sérologie anguillulose
18. Sérologie amibiase
19. Sérologie Chagas
20. Frottis sanguin midi
21. Frottis sanguin minuit
22. EPS
23. EPU
24. TPHA/VDRL
25. PCR Chlamydiae/gono
26. Test IGRA
27. Radio pulmonaire
28. Anticorps antitétaniques
29. Anticorps anti diphtérie
30. Sérologie rougeole

Vous décidez de faire un bilan via la PASS

Question 4. Quel bilan lui prescrivez vous?

1. Interrogatoire
2. Examen clinique
3. NFS, plaquettes
4. CRP
5. Iono, urée, créatinine
6. ASAT, ALAT, GGT, PAL, bili
7. Electrophorèse de l'Hb
8. Vitamine B9, B12
9. Vitamine D
10. Albumine
11. Béta HCG
12. Sérologie VIH
13. Ag HBs
14. Ac antiHBs, Ac antiHBc
15. Sérologie VHC
16. Sérologie bilharziose
17. Sérologie anguillulose
18. Sérologie amibiase
19. Sérologie Chagas
20. Frottis sanguin midi
21. Frottis sanguin minuit
22. EPS
23. EPU
24. TPHA/VDRL
25. PCR Chlamydiae/gono
26. Test IGRA
27. Radio pulmonaire
28. Anticorps antitétaniques
29. Anticorps anti diphtérie
30. Sérologie rougeole

Quelle alternative au dépistage des parasitoses par sérologie et/ou EPS/SPU?

1. Aucune
2. Il n'y a pas d'indication à dépister les parasitoses
3. Interrogatoire à la recherche des symptômes et bilan biologique si symptômes
4. Traitement antiparasitaire présomptif par ivermectine
5. Traitement antiparasitaire présomptif par ivermectine + albendazole
6. Traitement antiparasitaire présomptif par ivermectine + albendazole + praziquantel + métronidazole

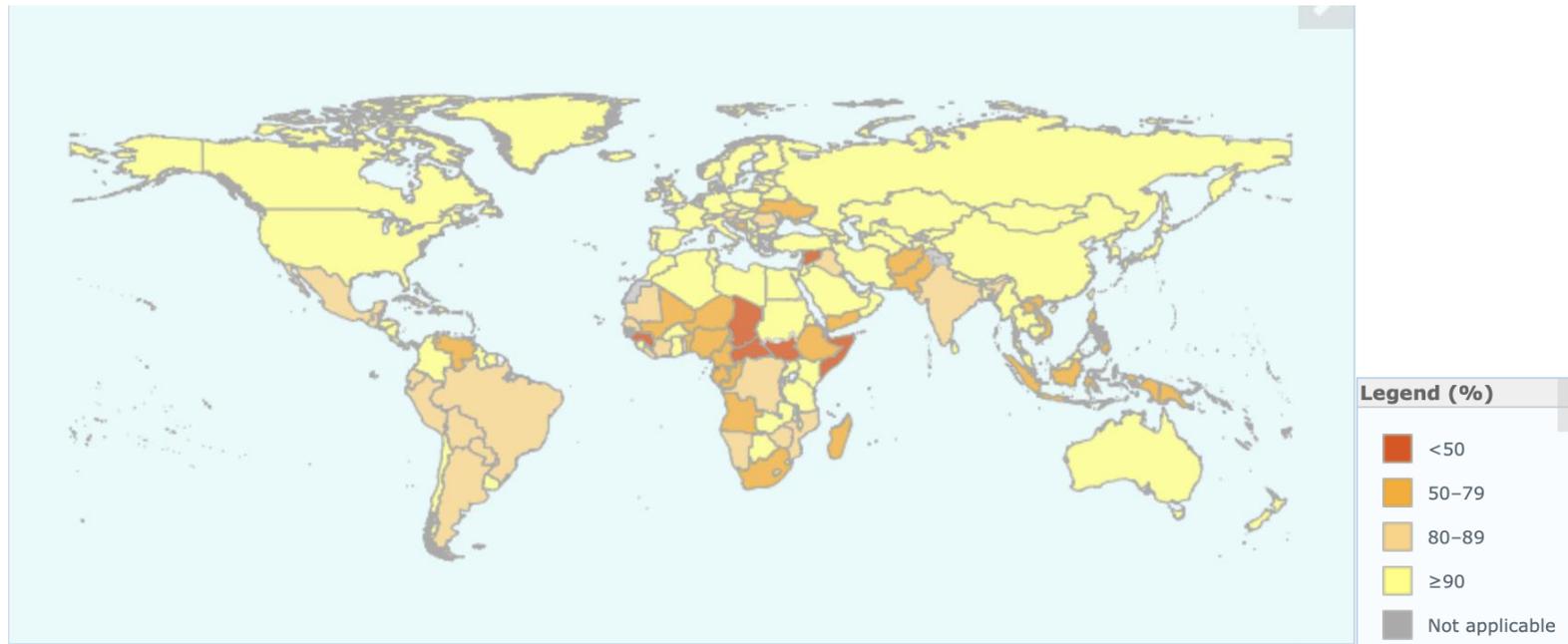
Quelle alternative au dépistage des parasitoses par sérologie et/ou EPS/SPU?

1. Aucune
2. Il n'y a pas d'indication à dépister les parasitoses
3. Interrogatoire à la recherche des symptômes et bilan biologique si symptômes
4. Traitement antiparasitaire présomptif par ivermectine
5. Traitement antiparasitaire présomptif par ivermectine + albendazole
6. Traitement antiparasitaire présomptif par ivermectine + albendazole + praziquantel + métronidazole

Vaccinations

- Clé de la prévention
- Mise à jour du calendrier vaccinal
- Vaccinations spécifiques

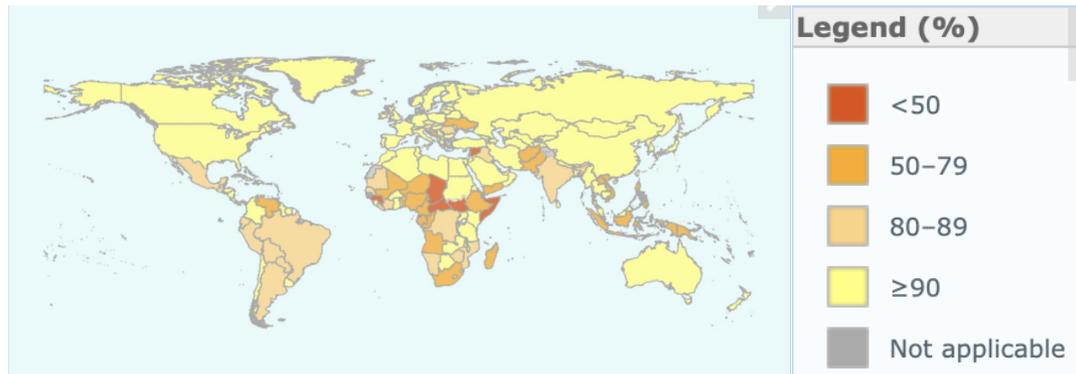
Couverture vaccinale DTP 3 doses (OMS, 2018)



<https://www.who.int/gho/immunization/dtp3/en/>
Quelle est la probabilité qu'elle ai reçu 3 doses de DTP?

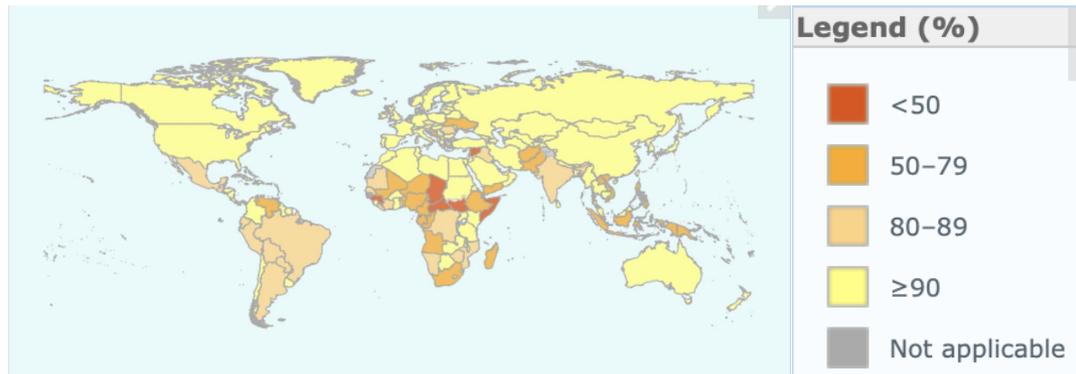
Quelle est la probabilité qu'elle ai reçu 3 doses de DTP? (QRU)

1. <50%
2. 50-79%
3. 80-89%
4. $\geq 90\%$
5. Impossible de savoir



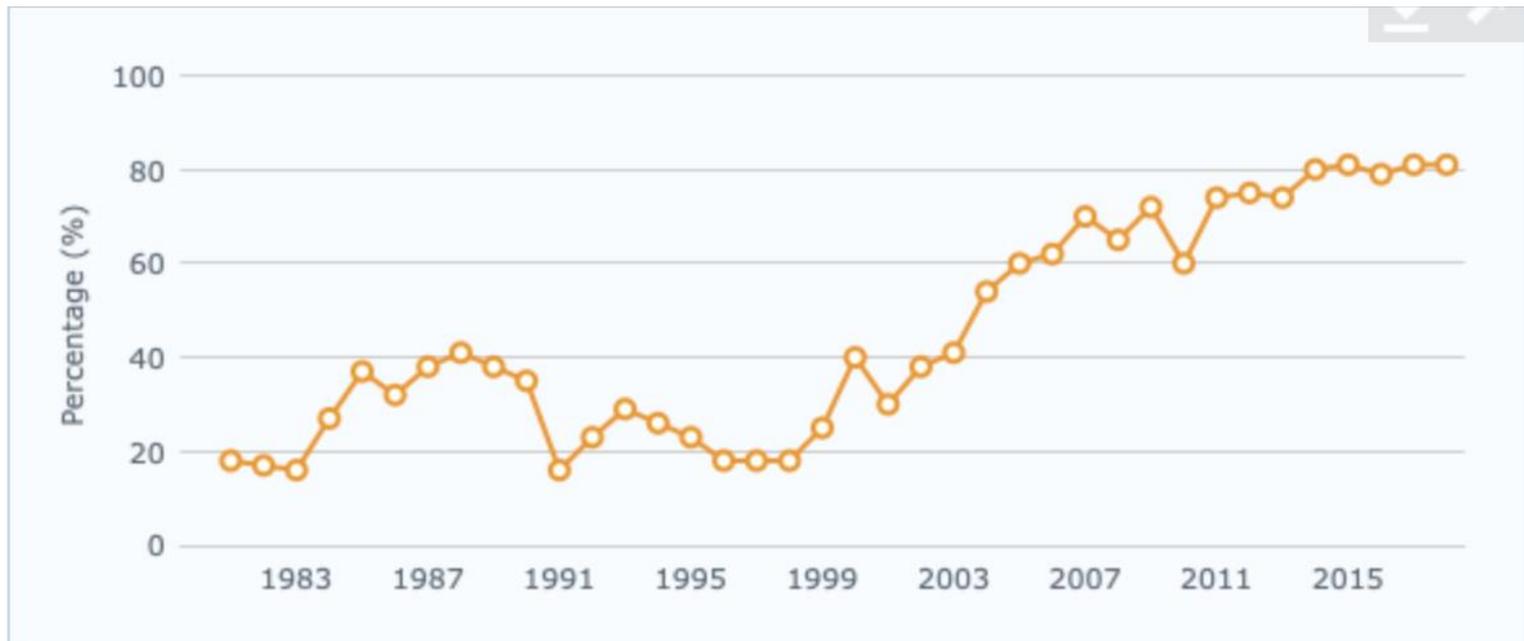
Quelle est la probabilité qu'elle ai reçu 3 doses de DTP?
(QRU)

1. <50%
2. 50-79%
3. 80-89%
4. $\geq 90\%$



5. Impossible de savoir

Couverture vaccinale DTP 3 doses RDC (OMS)



Elle dit avoir été à jour dans l'enfance. Quels vaccins doit-t-elle avoir reçu?

1. DTPCa_{x3}. ROR.
2. DTCa_{x3}. RR. OPV_{x4}.
3. BCG. DTPCaHibHepB_{x3}. IPV. OPV_{x4}. R. P13_{x3}.
Rotavirus_{x3}. Fièvre jaune.
4. BCG. DTCaHibHepB_{x3}. IPV. OPV_{x4}. R. P13_{x3}.
Rotavirus_{x3}. Fièvre jaune.
5. Difficile de savoir

Elle dit avoir été à jour dans l'enfance. Quels vaccins doit-t-elle avoir reçu?

1. DTPCa_{x3}. ROR.
2. DTCa_{x3}. RR. OPV_{x4}.
3. BCG. DTPCaHibHepB_{x3}. IPV. OPV_{x4}. R. P13_{x3}.
Rotavirus_{x3}. Fièvre jaune.
4. BCG. DTCaHibHepB_{x3}. IPV. OPV_{x4}. R. P13_{x3}.
Rotavirus_{x3}. Fièvre jaune.
5. Difficile de savoir

Calendrier vaccinal

- Disponible sur le site de l'OMS:
https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary

Immunization Schedule (2019 or latest available)

Vaccine	Schedule
BCG	birth;
DTwPHibHepB	6, 10, 14 weeks;
IPV	14 weeks;
Measles	9 months;
OPV	birth; 6, 10, 14 weeks;
Pneumo_conj	6, 10, 14 weeks;
Rotavirus	6, 10, 14 weeks;
Td	1st contact pregnancy; +1, +6 months; +1, +1 years;
VitaminA	6 months, +6 months;
YF	9 months;

Mais calendrier
antérieurs non
disponibles

Cas clinique (suite)

- Vous obtenez finalement l'avis d'un collègue d'origine congolaise et qui vous donne le calendrier vaccinal des années 2000 en RDC
- Elle vous confirme avoir déjà eu des rapports sexuels mais n'a pas de moyen de contraception
- Quand vous l'interrogez et lui présentez une photo sur peau noire, elle ne se rappelle pas avoir fait la varicelle



Quel crédit apportez vous à son statut vaccinal déclaré?

1. On peut considérer qu'elle a au moins reçu les vaccins du calendrier vaccinal RDC 2000 et le compléter au regard du calendrier français
2. On ne peut pas se fier à un statut vaccinal déclaratif

Quel crédit apportez vous à son statut vaccinal déclaré?

1. On peut considérer qu'elle a au moins reçu les vaccins du calendrier vaccinal RDC 2000 et le compléter au regard du calendrier français
2. On ne peut pas se fier à un statut vaccinal déclaratif (et pas toujours à tous carnets, fièvre jaune en particulier)

Question (choix multiples)

Quelles vaccinations sont théoriquement recommandées chez Awa qui est âgée de 19 ans?

1. Grippe
2. dTPca
3. Haemophilus influenzae b
4. ROR
5. Pneumocoque conjugué 13 valences
6. Pneumocoque non conjugué 23 valences
7. Hépatite B
8. HPV
9. Méningocoque C
10. Méningocoque ACYW
11. Méningocoque B
12. Varicelle
13. Zona
14. Fièvre Jaune
15. Hépatite A
16. Rage
17. BCG

Question (choix multiples)

Quelles vaccinations sont théoriquement recommandées chez Awa qui est âgée de 19 ans?

1. Grippe
2. dTPca
3. Haemophilus influenzae b
4. ROR
5. Pneumocoque conjugué 13 valences
6. Pneumocoque non conjugué 23 valences
7. Hépatite B (si séro neg)
8. HPV
9. Méningocoque C
10. Méningocoque ACYW
11. Méningocoque B
12. Varicelle (si séro négative)
13. Zona
14. Fièvre Jaune
15. Hépatite A
16. Rage
17. BCG

Vaccinations recommandés

- **Aucune contre indication vaccinale**
 - Y compris vaccins vivants même sous hydroxyurée (Siklos[®], Hydrea[®])
- Calendrier vaccinal + **optimisation** pour les germes encapsulés
- **Vaccination contre le pneumocoque = priorité**
 - Baisse > 50% des IIP avec les vaccins non conjugués et >90% avec vaccins conjugués
 - Intérêt d'associer le PCV13 puis PPV23 après 2 mois
 - Hyporéponse si PPV23 avant PCV13: attendre 1 an dans ce cas, puis 5 ans avant un nouveau PPV23
 - Moindre immunogénéicité chez l'asplénique?
 - Remplacement de souches?

- *Haemophilus influenzae b*: intérêt discutabile chez l'adulte
- **Méningocoque**: intérêt du quadrivalent?
 - Moindre réponse de l'adulte splénectomisé au MenC et manque de données MenACYW et MenB
 - Intérêt théorique et donc indication à vacciner contre ACYW (1 dose) et B (2 doses \geq 1 mois)
 - Indication d'une revaccination ACYW / 5 ans
- **Grippe**:
 - annuelle en raison du risque de surinfection à germe encapsulé en cas de grippe

Awa ne dispose d'aucun carnet de vaccination et ne se rappelle pas avoir été vacciné après l'âge de 2 ans. Sa sérologie VHB est négative.

Comment débutez vous votre rattrapage vaccinal ce jour ?

1. dTPCa + ROR + PCV13 + Méningo ACYW
2. Sérologie tétanos et rougeole + PCV13
3. DTPCa + PCV13 + Méningo ACYW
4. Sérologie rougeole et VHB + dTPCa + PCV13
5. DTPCa + ROR + sérologie VHB

Awa ne dispose d'aucun carnet de vaccination et ne se rappelle pas avoir été vacciné après l'âge de 2 ans.

Comment débutez vous votre rattrapage vaccinal ce jour ?

- 1. dTPCa + ROR + PCV13 + Méningo ACYW**
2. Sérologie tétanos, rougeole et VHB + PCV13
3. DTPCa + PCV13 + Méningo ACYW
4. Sérologie rougeole et VHB + dTPCa + PCV13
5. DTPCa + ROR + sérologie VHB

Comment poursuivez vous le schéma vaccinal dTPca?

1. Je m'arrête à ce rappel unique et ferai le prochain rappel dans 10 ans
2. Je m'arrête à ce rappel unique et ferai le prochain rappel dans 20 ans
3. Je m'arrête à ce rappel unique et reprendrai le calendrier vaccinal à 25 ans
4. Je complète le schéma de primo-vaccination par deux doses de dTP à M2 et M8
5. Je prescris un dosage des anticorps antitétanique 1 à 2 semaines après le rappel
6. Je prescris un dosage des anticorps antitétanique 4 à 8 semaines après le rappel

Comment poursuivez vous le schéma vaccinal dTPca?

1. Je m'arrête à ce rappel unique et ferai le prochain rappel dans 10 ans
2. Je m'arrête à ce rappel unique et ferai le prochain rappel dans 20 ans
3. Je m'arrête à ce rappel unique et reprendrai le calendrier vaccinal à 25 ans
4. Je complète le schéma de primo-vaccination par deux doses de dTP à M2 et M8
5. Je prescris un dosage des anticorps antitétanique 1 à 2 semaines après le rappel
6. Je prescris un dosage des anticorps antitétanique 4 à 8 semaines après le rappel

Les Ac antitétaniques S4 sont à 1,2 UI/mL.
Comment poursuivez vous le rattrapage vaccinal
pour le dTP et pour les autres vaccins?

Rattrapage vaccinal

- Comment compléter le schéma vaccinal
 - dTPca selon résultat sérologie tétanos M1
 - ROR n°2 ≥ 1 mois
 - Varicelle 2 doses
 - Hib: une dose unique
 - PPV23 2 mois après le PCV13, puis PCV13 dans 5 ans
 - Grippe annuelle
 - HPV 0-1-6 mois
 - Méningo B (0-1 mois), puis ACYW dans 5 ans
 - VHB 0-1-6 mois
 - Si retour au pays: F. Jaune, VHA +/- rage, FT

A intégrer dans un protocole de rattrapage vaccinal
A intégrer dans un bilan de santé « migrant » et un bilan de la drépanocytose

Pour de plus amples informations sur les modalités de mise en œuvre du rattrapage vaccinal:
Recos HAS/SPILF et calendrier vaccinal

Proposition de rattrapage chez Awa

	J0	M1	M2	M3	M7	M8-12
dTPca	dTPca	Ac	(dTP)			(dTP)
Pneumo	PCV13		PPV23			
Méningo ACYW	ACYW					
Méningo B			MB	MB		
Hib				Hib		
VHB	Séro + bilan	(VHB)	Ac	(VHB)	(VHB)	
ROR	ROR	(ROR)				
Varicelle		Var	Var			
HPV		HPV	HPV		HPV	
Grippe						Grippe
TOTAL	4	2 (4)	2 (4)	2	2 (4)	1 (2)

A débattre: nbre de doses, faisabilité, acceptabilité, tolérance, coût

Références

- Recommandations HAS/SFILF sur le rattrapage vaccinal: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2867210/fr/rattrapage-vaccinal-en-situation-de-statut-vaccinal-incomplet-inconnu-ou-incompletement-connu-en-population-generale-et-chez-les-migrants-primo-arrivants
- Calendrier vaccinal français + tableau professionnels: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_29juin20.pdf
- Dépistage de l'ITL: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports-domaine?clefr=731>



Commission migrant



Merci pour votre attention
dr.vignier@gmail.com

Vaccination pneumocoque

Age	Schéma
Avant l'âge de 2 ans	PCV13 M2, M3, M4 + M11 + PPV23 (> A2 >2 mois après PCV13)
2 à 5 ans	PCV13 J0, M2 + PPV23 > M4
>5 ans et adultes	PCV13 + PPV23 M2
>5 ans et adultes ayant reçus PPV23	PCV13 (>1 an après PPV23) + PPV23 M2, puis 1 rappel PCV13 à 5 ans

Vaccination *Haemophilus influenzae b*

Age	Schéma
Schéma classique renforcé nourrisson	Hib M2, M3, M4 + M11
6 à 12 mois	Hib J0, M2 + rappel à l'âge de 18 mois
>1 an et adultes	Hib une dose

Vaccination méningocoque

Méningo C et ACYW

Age	Schéma
Avant l'âge de 11 mois	Méningo C M2, M4 + rappel M12 avec Méningo ACYW + rappel /5ans
>1 an et adultes	Méningo ACYW M1 + rappel /5ans

Méningo B (avec paracétamol systématique)

Age	Schéma
2 à 5 mois	Bexsero [®] M2, M3, M4 + rappel M12-23
6 à 11 mois	Bexsero [®] J0, M2 + rappel après âge de 12 mois > 2 mois après dernière dose
12 à 23 mois	Bexsero [®] J0, M2 + rappel M12-23
2 à 10 ans	Bexsero [®] J0, M2
>10 ans et adultes	Bexsero [®] J0, M1

Table 1. Summary of Recommended Treatment Approaches for Sickle Cell Disease.*

Treatment Approach	Dose and Frequency	Duration	Recommendation	Evidence Quality	Availability in Low-Resource Areas
Prevention of infection					
Penicillin V	62.5–250 mg, twice daily	At least until 5 yr of age	Strong	Moderate	Available
Pneumococcal vaccines	Every 5 yr, starting at 2 yr of age	Lifelong	Strong	Moderate	Limited availability
Malarial prophylaxis when appropriate	Daily (e.g., proguanil), weekly (e.g., pyrimethamine), or intermittent (e.g., mefloquine–artesunate or sulfadoxine–pyrimethamine plus amodiaquine)	Lifelong (in malarious area)	Strong	Low	Available
Blood transfusion					
Acute care					
Treatment of anemia	Simple transfusion; target hemoglobin level, 10 g/dl	Limited	Strong	Low	Limited availability
Preoperative transfusion (if hemoglobin <8.5 g/dl)	Simple transfusion, performed once; target hemoglobin level, 10 g/dl		Strong	Moderate	Limited availability
Ongoing care					
Primary stroke prevention	Target HbS, <30%; transfusions every 3–6 wk	Indefinite	Strong	High	Very limited availability
Secondary stroke prevention	Target HbS, <30% or <50%; transfusions every 3–6 wk	Indefinite	Moderate	Low	Very limited availability
Prevention of additional silent cerebral infarctions	Target HbS, <30%; transfusions every 3–6 wk	Indefinite	Moderate	Moderate	Very limited availability
Hydroxyurea					
Universal use	20–35 mg/kg/day	Indefinite	Moderate	Moderate	Limited availability
Prevention of acute complications	15–35 mg/kg/day	Indefinite	Strong	High	Limited availability
Primary stroke prevention	15–35 mg/kg/day	Indefinite	Strong	Moderate	Limited availability

* Data on recommended treatments, the strength of the recommendation, and the quality of the evidence are from DeBaun et al.,¹⁰ Ware et al.,¹¹ and Yawn et al.¹² Data on availability in low-resource areas are from Bello-Manga et al.¹³ HbS denotes sickle hemoglobin.

Table 1. Summary of Recommended Treatment Approaches for Sickle Cell Disease.*

Treatment Approach	Dose and Frequency	Duration	Recommendation	Evidence Quality	Availability in Low-Resource Areas
Prevention of infection					
Penicillin V	62.5–250 mg, twice daily	At least until 5 yr of age	Strong	Moderate	Available
Pneumococcal vaccines	Every 5 yr, starting at 2 yr of age	Lifelong	Strong	Moderate	Limited availability
Malarial prophylaxis when appropriate	Daily (e.g., proguanil), weekly (e.g., pyrimethamine), or intermittent (e.g., mefloquine–artesunate or sulfadoxine–pyrimethamine plus amodiaquine)	Lifelong (in malarious area)	Strong	Low	Available

Table 1 Common pathogens associated with infection in sickle cell anemia with underlying mechanisms for predisposition

Pathogen	Predisposing factors
Encapsulated bacteria (e.g., <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Salmonella spp</i>)	Impaired splenic function
Salmonellae	Impaired opsonization Recurrent vaso-occlusion with intestinal infarct, necrosis and increased gut permeability
Malaria	Decreased neutrophil killing Decreased deoxyhemoglobin solubility
Parvovirus	Increased red cell turnover
Hepatitis B, C	Multiple blood transfusion
Chlamydothila	Unknown
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Iron overload
Mycoplasma	Unknown
<i>Edwardsiella tarda</i>	Increased intestinal permeability and biliary sludging

Dépistage néonatal de la drépanocytose

MAIRIE DE PARIS 

LA DRÉPANOCYTOSE, JAMAIS ENTENDU PARLER ?

POURTANT
CHAQUE ANNÉE
EN ILE-DE-FRANCE,
200 BÉBÉS NAISSENT
ATTEINTS PAR
CETTE MALADIE
GÉNÉTIQUE GRAVE



**FAITES-VOUS
DÉPISTER !**

Pour tout savoir, tapez CIDD sur Paris.fr

Centre d'Information et de Dépistage
de la Drépanocytose (CIDD)
15,17 rue Charles Bertheau, 75013 Paris
Tel. : 01 45 82 50 00



TOUTE L'INFO
SU 3975* et
SUR PARIS.FR

* hors d'été (septembre à avril) et 24 heures
* les week-ends (hors d'été) et jours fériés

Tableau 1 : Critères de ciblage des nouveau-nés à risque de syndrome drépanocytaire en France métropolitaine (35)

Origine géographique des populations concernées par la drépanocytose :

- DOM : Antilles, Guyane, la Réunion, Mayotte
- Tous les pays d'Afrique subsaharienne et le Cap-Vert
- Amérique du Sud (Brésil), Noirs d'Amérique du Nord
- Inde, Océan Indien, Madagascar, Iles Maurice, Comores
- Afrique du Nord : Algérie, Tunisie, Maroc
- Italie du Sud, Sicile, Grèce, Turquie
- Moyen-Orient : Liban, Syrie, Arabie Saoudite, Yémen, Oman

Conditions pour la réalisation du dépistage néonatal :

- 2 parents originaire de régions à risque
- 1 seul parent originaire de régions à risque si le deuxième n'est pas connu
- Antécédents de syndrome drépanocytaire majeur dans famille
- Doute pour ces trois critères

Dépistage néonatal de la drépanocytose

- Permet
 - la mise sous antibioprophylaxie par oracilline
 - ↘ 84% l'incidence des infections à pneumocoque
 - ÷ 10 mortalité infantile < 5 ans => 95% atteignent maintenant l'âge adulte
 - la vaccination anti-pneumococique précoce