



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



VACCINATIONS

Les vaccins antipneumococciques chez l'adulte : où en sommes-nous ?

Pneumococcal vaccines in adults. Where are we now?

J. Gaillat

Service des maladies infectieuses, centre hospitalier de la région d'Annecy, BP 90074, Metz-Tessy, 74374 Pringy, France

MOTS CLÉS

Infections à
pneumocoque ;
Adulte ;
Vaccin pneumococcique

KEYWORDS

Pneumococcal
infections;
Adults;
Pneumococcal vaccine

Résumé Les infections pneumococciques invasives et les pneumonies non bactériémiques de l'adulte sont un réel problème de santé publique et font partie des maladies ayant une prévention vaccinale depuis la fin des années 1970, avec la mise à disposition du vaccin polysaccharidique 14-, puis 23-valences. Néanmoins, cette vaccination n'a pas atteint des niveaux suffisants, y compris dans des pays ayant une véritable politique pour la vaccination du plus grand nombre. Par opposition, le vaccin conjugué chez l'enfant a eu un taux d'utilisation rapidement élevé : son impact a été démontré de façon directe chez les enfants de moins de deux ans et de façon indirecte sur les autres tranches d'âge. Le nombre de sérotypes est passé sept à 13 chez l'enfant pour suivre l'évolution de l'épidémiologie. Ce nouveau vaccin 13-valent a obtenu récemment l'autorisation de mise sur le marché aux États-Unis et en Europe chez les adultes de plus de 50 ans, sur des données d'immunogénicité. Il est important de préciser aujourd'hui les caractéristiques et les attentes vis-à-vis des deux vaccins chez les adultes en attendant les recommandations du comité technique des vaccinations.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary Invasive pneumococcal diseases and non-invasive pneumococcal pneumonia are a real public health concern. They are included in the vaccine preventable diseases. In the late 1970s, a polysaccharide vaccine with a 14-valence and then 23-valence was licensed. Nevertheless, the uptake of polysaccharide vaccines in adults stayed at a low level or under the expected level in most developed countries. As soon as the seven serotypes conjugated vaccine had been licensed for children less than 2 years, it had a high uptake due to a clear impact in terms of direct and, after a few years, indirect efficacy. The serotype spectrum has been recently extended to 13 serotypes (PCV13) due to the emergence of new serotypes uncovered by the 7-valence vaccine. This new formulation has been recently licensed in the US and Europe for adults 50 years old on antigenicity data. It is important today to determine what are the characteristics and expectancies for these different types of vaccine while awaiting the recommendations for the PCV13 by the technical agencies.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Adresse e-mail : jgaillat@ch-annecy.fr.

Introduction

Le vaccin polysaccharidique mis à disposition en France au début fin des années 1970 pour le 14-valences, puis début des années 1980 pour le vaccin à 23-valences (VPS23) est peu utilisé ; il est quatre fois moins utilisé que le vaccin grippal en France [1], y compris chez les patients à très haut risque vivant en Établissement d'hébergement pour personnes adultes dépendantes (EHPAD) [2]. Son utilisation est inégale selon les pays en Europe [3] ; aux États-Unis, avec un taux de vaccination de 60 % en moyenne, la cible de 90 % n'est pas atteinte [4]. À l'inverse, les taux de vaccination chez les enfants de moins de deux ans sont très élevés avec le vaccin conjugué à 7-valences (VPC7). La vaccination de l'enfant a été associée à une efficacité clinique et des modifications épidémiologiques majeures chez l'enfant avec une quasi-disparition des infections invasives dues aux sérotypes vaccinaux. L'augmentation progressive en valeur relative, puis absolue des infections dues aux sérotypes non vaccinaux, l'émergence de clones résistants aux antibiotiques, en particulier le 19A [5] a conduit à l'extension du spectre sérotypique avec l'adjonction de six nouveaux sérotypes (VPC13).

À l'occasion de cette extension du spectre, une demande d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) a été formulée pour le VPC13 auprès des agences européennes (EMA) et américaines (FDA) en se basant sur des critères d'immunogénicité chez l'adulte, le vaccin de l'enfant devenant alors aussi un vaccin de l'adulte. Les autorités européennes recommandent la vaccination chez les adultes de plus de 50 ans pour prévenir les infections invasives [6] et les autorités américaines recommandent la vaccination active pour la prévention des pneumocoques (incluant les pneumonies et les infections invasives) chez l'adulte de 50 ans ou plus causées par *Streptococcus pneumoniae* serotypes 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F et 23F [7]. Ces recommandations ne font pas état des facteurs de risque spécifiques comme avec le vaccin polysaccharidique dont la prise en compte est très différente d'un pays européen à l'autre [8].

L'arrivée prochaine du vaccin conjugué chez l'adulte doit nous inciter à nous poser un certain nombre de questions auxquelles cet article va essayer de répondre :

- la vaccination pneumococcique est-elle encore nécessaire chez l'adulte au vu de l'impact de la vaccination de l'enfant sur l'incidence des infections chez l'adulte en particulier après 65 ans, en réduisant le portage pharyngé, réservoir essentiel du pneumocoque et facteur essentiel à la transmission [9] ?
- l'immunogénicité comparée des deux vaccins chez l'adulte, quelles différences ?
- peut-on extrapoler les résultats obtenus chez l'enfant à l'adulte ?

Quelle efficacité, qui vacciner et pour quelles attentes entre ces deux types de vaccins sont autant de questions auxquelles le comité technique des vaccinations devrait apporter des réponses ?

La vaccination pneumococcique est-elle nécessaire chez l'adulte ?

Données épidémiologiques

Les infections invasives sont définies par les pathologies où *S. pneumoniae* est isolé de sites normalement stériles : LCR, sang, liquides de séreuses (pleural, péritonéal, articulaire). Ces infections ne représentent qu'une faible part des infections pneumococciques.

En Europe, leur incidence dans la population générale est de 4,3 pour 100 000, et de 12 pour 100 000 chez les plus de 65 ans [10]. Pour une méningite, il faut compter dix bactériémies. L'incidence en France, tous âges confondus, est de 13 pour 100 000 [11]. Cette incidence moyenne, qui peut paraître assez modeste, doit être pondérée par une forte croissance des taux avec l'âge, de 14,7 à 60–65 ans elle passe à 32,4 entre 75–79 ans, 46,8 entre 80–84 ans, 71,2 entre 85–89 ans, 118,4 entre 90–94 ans et 165 pour 100 000 après 94 ans [11]. Cette croissance quasi-exponentielle avec l'âge est retrouvée dans toutes les études épidémiologiques des pays industrialisés. En Hollande, avant toute mise en œuvre de la vaccination conjuguée de l'enfant, les taux étaient 63 cas pour 100 000 chez les trois à cinq mois, puis un cas pour 100 000 entre dix et 14 ans pour remonter ensuite à 11 pour 100 000 entre 50–54 ans, 26 pour 100 000 entre 60–64 ans et 97 cas pour 100 000 après 90 ans [12]. En France, les taux sont assez stables dans l'ensemble d'une année sur l'autre [11]. Au Minnesota, le taux d'incidence chez les plus de 50 ans a augmenté entre les périodes 2001–2003 et 2004–2007 passant de 17,7 à 32,1 cas pour 100 000 personnes-année, soit une augmentation de 45 % [13]. Au Danemark, sur une période allant de 1938 à 2007, on assiste à une nette augmentation de l'incidence concernant surtout les hémocultures positives, les méningites restant à un taux stable. On passe ainsi d'un taux dans la population générale de 2,8 les 40 premières années à 15,7 pour 100 000 de façon brutale au cours des années 1980–1990, et pendant les 30 années suivantes, un taux multiplié par dix : environ 25 pour 100 000. On note des pics d'incidence tous les cinq à dix ans sur une période d'un à deux ans et intéressant plus de un sérotype [14]. Cette variation sérotypique spontanée est importante à considérer pour un éventuel suivi sous la pression des vaccins conjugués qui ont un impact sur le portage. Elle avait été également décrite en Ecosse en dehors de toute pression vaccinale [15].

La vaccination des enfants a entraîné, au Canada, une modification de l'épidémiologie avec une diminution importante du nombre total de cas chez l'enfant et des infections de sérotype vaccinal pour toutes les tranches d'âge [16]. Néanmoins, le taux d'infection élevé chez l'adulte a conduit l'ACIP à proposer de poursuivre la vaccination des adultes avec le vaccin polysaccharidique. Les arguments pour une telle prise de position sont une épidémiologie qui reste importante (43 500 infections invasives dont 84 % chez les adultes en 2009 aux États-Unis, soit 5000 décès essentiellement chez les adultes, à hauteur de 85 % et en particulier une mortalité importante après 65 ans, plus de 70 % associés aux pneumonies) [17].

Les données d'incidence pour les pneumonies à pneumocoque sont nettement moins bien connues en raison des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3405533>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3405533>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)