



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RECOMMANDATIONS

Place de la vaccination[☆]



Role of vaccination after COPD exacerbation

M. Revest^{*}, P. Tattevin

CIC Inserm 1414 et Inserm U835, service des maladies infectieuses et réanimation médicale, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes, université de Rennes 1, 2, rue Henri-Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex, France

Disponible sur Internet le 16 mai 2017

Vaccination antigrippale

Argumentaire

Immunogénicité des vaccins antigrippaux chez les patients BPCO

Deux études se sont intéressées à la réponse humorale à la vaccination antigrippale chez les patients suivis pour une BPCO. Dans une étude observationnelle prospective, comparative, non randomisée menée en Australie, Nath et al. [1] ont montré une moins bonne réponse humorale 28 jours après l'administration d'un vaccin inactivé (souche pandémique [H1N1] 2009) (A/California/7/2009), souche H3N2 (A/Perth/16/2009) et souche B (B/Brisbane/60/2008) avec 43 % de réponse considérée comme protectrice (augmentation de plus de 4 fois du titre d'anticorps antihémagglutinine anti-H1N1) chez les patients BPCO contre 90 % chez les patients contrôles ($p = 0,036$). Les facteurs associés à une moins bonne réponse vaccinale étaient un âge avancé et le fait d'avoir déjà reçu une vaccination antigrippale les années précédentes. Le stade de BPCO n'influaient pas sur la probabilité de réponse vaccinale. L'effectif de ce travail était malheureusement limité (20 patients BPCO comparés à 14 patients sains) rendant ses conclusions difficilement exploitables. La réponse aux souches H3N2 et B n'était pas évaluée dans ce travail (niveau de preuve D).

La réponse humorale après vaccination par vaccin inactivé seul (A/Beijing/262/95-like H1N1, A/Sydney/5/97-like H3N2 et B/Beijing/184/93-like) ou associé à un vaccin vivant atténué administré par voie nasale (mêmes souches) a été évaluée 28 jours après immunisation chez plus de 2000 patients de plus de 50 ans suivis pour BPCO dans une étude

[☆] Texte issu des Recommandations de la Société de pneumologie de langue française « Prise en charge des exacerbations de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) », C. Champ de la prévention.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : matthieu.revest@chu-rennes.fr (M. Revest).

prospective randomisée [2]. Les taux de réponse sont de 59,4 % pour H1N1, 53,4 % pour H3N2 et 34,4 % pour B dans le groupe vaccin inactivé seul. L'association au vaccin vivant augmente très peu les taux de réponse, avec une différence non significative (niveau de preuve B).

Les patients suivis pour une BPCO reçoivent très souvent un traitement corticoïde inhalé, voire systémique. La question de l'impact d'un tel traitement sur la réponse vaccinale peut donc se poser. Aucune étude ne s'est intéressée à cette problématique durant la période d'analyse en ce qui concerne la vaccination antigrippale. Une étude a, par contre, évalué cet impact chez les patients adultes asthmatiques [3]. Ce travail multicentrique prospectif a inclus 155 patients vaccinés par un vaccin inactivé (A/New Caledonia/20/99 [H1N1], A/Panama/2007/99 [H3N2] et B/Yamanashi/166/98) et n'a pas retrouvé de différence en termes de réponse vaccinale selon que les patients reçoivent ou non des corticoïdes systémiques ou par voie inhalée. Une analyse post-hoc a simplement retrouvé une légère diminution de réponse vis-à-vis de la valence B chez les patients recevant de fortes doses de corticoïdes inhalés ($> 504 \mu\text{g/j}$ de beclométhasone) par rapport aux sujets ne recevant pas de corticoïdes. Cependant, la population de cette étude était différente des patients suivis pour une BPCO avec notamment un âge moyen de 36 ans. Il est donc difficile d'en tirer des conclusions en ce qui concerne les patients BPCO (niveau de preuve C).

Tolérance des vaccins antigrippaux chez les patients BPCO

Une première étude a évalué la tolérance de la vaccination antigrippale (A/Texas/36/91 [H1N1], A/Nanchang/933/95 [H3N2] et B/Harbin/07/94) chez les patients suivis pour une BPCO. Ce travail prospectif, randomisé, en double insu, portant sur 125 patients (62 vaccinés, 63 recevant un placebo) a retrouvé une fréquence accrue d'effet indésirable local (tuméfaction au site d'injection) dans le groupe vacciné (27 % contre 6 % dans le groupe placebo, $p=0,002$). Il n'existait par contre aucune différence en ce qui concerne la fréquence des effets secondaires systémiques et le risque d'exacerbation aiguë de la BPCO dans les suites immédiates de la vaccination. À noter que la proportion de patients présentant des effets systémiques était particulièrement élevée (76 % dans le groupe vaccinés et 81 % dans le groupe contrôle), rendant difficile l'interprétation des résultats de ce travail (niveau de preuve A) [4].

Une seconde étude s'est spécifiquement intéressée au risque d'exacerbation de BPCO dans les suites immédiates de la vaccination [5]. Deux cent quatre-vingt treize patients vaccinés contre la grippe ont été inclus dans cette étude rétrospective et comparés à 293 autres patients non vaccinés mais appariés sur l'âge, la gravité de la BPCO (GOLD), le nombre de comorbidités et le sexe. Le critère principal de jugement était le nombre de patients ayant présenté une exacerbation de BPCO dans les 14 jours suivant la vaccination, le suivi de chaque patient contrôle commençant le jour de la vaccination de leur cas apparié. Aucune différence n'a été constatée en termes de nombre d'exacerbations entre les deux groupes et les auteurs de ce travail ont donc conclu à l'innocuité de la vaccination antigrippale sur ce point (niveau de preuve A).

Efficacité clinique

Une étude randomisée, en double insu, contre placebo a évalué l'influence de la vaccination antigrippale sur la survenue d'épisodes respiratoires aigus (ERA) toutes causes confondues et directement liés à la grippe [6]. Cent vingt-cinq patients ont été inclus : 62 dans le groupe vacciné (A/Texas/36/91 [H1N1], A/Nanchang/933/95 [H3N2] et B/Harbin/07/94) et 63 dans le groupe placebo. Les patients étaient suivis jusqu'à un an après la vaccination. Aucun effet significatif sur l'incidence globale des ERA n'a été observé ($p=0,6$). Par contre, l'incidence des ERA liés à la grippe étaient significativement diminués dans le groupe vacciné, quel que soit le niveau de gravité de la BPCO (incidence des ERA liés à la grippe respectivement de 6,8 et 28,1 pour 100 patients-années dans les groupes vaccinés et placebo, $RR=0,24$, $p=0,005$) (niveau de preuve A).

Un travail prospectif ouvert a évalué en Turquie l'efficacité clinique de la vaccination antigrippale chez les patients atteints de BPCO [7]. Quarante-quatre patients vaccinés (A/Texas/36/91 [H1N1], A/Shangdong/9/93 [H3N2] et B/Panama/45/90) ont été comparés à 38 patients non vaccinés. Aucun de ces patients n'était vacciné contre le pneumocoque. Les patients étaient suivis un an après la vaccination. La probabilité d'être hospitalisé dans l'année pour une exacerbation de BPCO était de 38,6 % dans le groupe vacciné contre 76,3 % dans le groupe non vacciné ($RR=0,38$, $p<0,05$). De même, le risque de survenue de pneumopathie bactérienne était de 25 % dans le groupe vacciné contre 34,2 % dans le groupe non vacciné ($p<0,05$). Enfin, en cas d'hospitalisation, le transfert en réanimation était plus fréquent dans le groupe non vacciné que dans le groupe vacciné (31,6 % vs 15,9 %, $p<0,05$). Les probabilités très élevées d'hospitalisation, de survenue de pneumopathie et de recours à la réanimation dans ce travail sont inhabituelles. De plus, les informations épidémiologiques concernant les patients sont très limitées, même s'il est signalé que les groupes vaccinés et non vaccinés sont comparables. Cette étude suggère que la vaccination antigrippale diminue le risque d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO, de survenue de pneumopathie et de recours à la réanimation (niveau de preuve C).

Dans une étude populationnelle prospective portant sur 259 627 personnes de plus de 65 ans en Suède, Hedlund et al. ont évalué l'effet des vaccinations antigrippales (A/Beijing/262/95 [H1N1], A/Sydney/5/97 [H3N2] et B/Harbin/7/94) et antipneumococcique sur le risque d'être hospitalisé dans l'année suivant et le risque de décès hospitalier secondaire à un épisode respiratoire aigu [8]. Les patients n'étaient pas obligatoirement suivis pour une BPCO. Sur l'ensemble de la population étudiée, 100 242 personnes ont reçu une vaccination antigrippale et une vaccination antipneumococcique. Le risque d'hospitalisation était significativement diminué dans la population vaccinée contre la grippe ($RR=0,68$, $p=0,002$). De façon plus intéressante, le risque de décès hospitalier par BPCO était significativement abaissé en cas de vaccination ($RR=0,53$, $p=0,034$). Il est par contre difficile de connaître la part de chacun des vaccins dans cet effet puisque les patients étaient vaccinés à la fois contre la grippe et le pneumocoque (niveau de preuve B).

Une autre étude à base populationnelle menée en Grande-Bretagne a évalué l'impact des vaccinations

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5575492>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5575492>

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