



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



VACCINATION

Vaccination post-exposition : mise au point



Post-exposure prophylaxis for vaccine preventable infectious diseases

É. Canoui^{a,b,*}, O. Launay^{a,b,c}

^a Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 75006 Paris, France

^b Fédération d'inféctiologie, hôpital Cochin, CIC Cochin Pasteur b, groupe hospitalier Cochin–Broca–Hôtel-Dieu, AP–HP, bâtiment Lavoisier, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14, France

^c Inserm, CIC 1417, F-CRIN, I–REIVAC, 75014 Paris, France

MOTS CLÉS

Prophylaxie
post-exposition ;
Vaccin ;
Immunoglobuline

KEYWORDS

Post-exposure
prophylaxis;
Vaccine;
Immunoglobulin

Résumé Pour bon nombre de maladies infectieuses, il existe des modalités de prophylaxie après exposition à l'agent pathogène. L'objectif de cette prophylaxie, quelle qu'elle soit, est de réduire le risque personnel d'infection et/ou d'en limiter les conséquences. L'autre objectif de la vaccination post-exposition est de limiter la propagation de l'agent pathogène en diminuant le nombre de personnes porteuses. Le Haut conseil de Santé publique a édité, en février 2016, un rapport sur l'immunisation post-exposition : vaccination et immunoglobulines. Cette revue présente une synthèse de ce rapport.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary For many infectious diseases, there are modalities of post-exposure prophylaxis. The aim of this prophylaxis is to reduce the personal risk of infection and/or to limit its consequences. The other objective of post-exposure vaccination is to limit the spread of the pathogen by reducing the number of carriers. In February 2016, the French High Council of Public Health published a report on post-exposure immunization: vaccination and immunoglobulins. This review presents a synthesis of this report.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Pour bon nombre de maladies infectieuses, il existe des modalités de prophylaxie après exposition à l'agent pathogène. Cette prophylaxie post-exposition peut être une immunisation « active » via une vaccination ou « passive » via la

perfusion d'immunoglobulines (Ig) spécifiques ou polyvalentes ou encore l'administration de médicament anti-infectieux (antibiotique ou antiviral) qui constitue la première prophylaxie post-exposition utilisée. L'objectif de cette prophylaxie, quelle qu'elle soit, est de réduire le risque personnel d'infection et/ou d'en limiter les conséquences.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : etienne.canoui@aphp.fr (É. Canoui).

L'autre objectif de la prophylaxie en particulier pour la vaccination post-exposition (VPE) est de limiter la propagation de l'agent pathogène en diminuant le nombre de personnes porteuses (comme pour la coqueluche, l'hépatite A ou les infections invasives à méningocoque par exemple). Ainsi, afin d'établir une conduite à tenir sur les indications et modalités de la VPE, il est nécessaire de prendre en considération le type d'agent pathogène, son mode de transmission, son niveau de contagiosité en fonction des cas contacts (personne immunodéprimée quelle que soit la cause, vaccinée antérieurement), le délai d'incubation avant l'apparition des premiers symptômes et l'efficacité du vaccin proposé.

Enfin, l'enquête autour d'un cas infecté, doit être l'occasion de mettre à jour les vaccinations d'un patient exposé à un agent pathogène selon le calendrier en vigueur. Le Haut conseil de Santé publique (HCSP) a édité, en février 2016, le rapport sur l'immunisation post-exposition : vaccination et immunoglobulines [1]. Dans cette mise au point, nous traiterons principalement de la VPE. Cependant, pour certaines infections, il est impossible de dissocier la vaccination de la sérovaccination (administration conjointe du vaccin et d'Ig spécifiques). Cette mise au point est largement inspirée du rapport du HCSP et aborde selon chaque agent pathogène la VPE. Le [Tableau 1](#) le résume selon chaque pathogène.

La coqueluche

Les agents infectieux responsables de la coqueluche sont *Bordetella pertussis* et *Bordetella parapertussis*. Ces bactéries sont hautement contagieuses. Elles sont responsables d'une infection de l'arbre respiratoire peu ou pas fébrile d'évolution longue. La vaccination contre la coqueluche est comprise dans la vaccination de l'enfant avec la primovaccination qui commence dès 8 semaines de vie [2]. Ainsi, avec une large couverture vaccinale des enfants, la coqueluche affecte les nourrissons non encore immunisés, les adolescents et jeunes adultes qui auraient perdu leur immunité. En effet, la vaccination anticoqueluche confère une immunité plus courte dans le temps que celle conférée par l'infection et le vaccin acellulaire plus courte que celle du vaccin à germe entier. L'enjeu de la vaccination et de la VPE est de protéger les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés et qui sont à risque de coqueluche grave parfois mortelle.

Les personnes considérées comme protégées contre la coqueluche sont [3] :

- les nourrissons de 11 mois ou moins ayant reçu au moins 2 doses de vaccin ;
- les enfants de 11 mois ou plus ayant reçu au moins 3 doses dont une dose de rappel et dont la dernière dose remonte à moins de 5 ans ;
- les adolescents âgés de plus de 16 ans et les adultes ayant reçu une dose de vaccin depuis moins de 5 ans, quel que soit le nombre de doses antérieures ;
- les personnes ayant présenté une coqueluche documentée depuis moins de 10 ans.

Concernant la VPE, aucune étude n'a démontré son efficacité individuelle. L'antibioprophylaxie reste donc la seule mesure de prévention individuelle post-exposition [3–6]. Sur

le plan de la collectivité, la mise à jour de la vaccination garde son intérêt autour d'un ou plusieurs cas (modalités de mise à jour dans le [Tableau 1](#)).

Hépatite A

L'hépatite A est causée par un virus ubiquitaire à ARN (hépatovirus), le virus de l'hépatite A (VHA). L'hépatite virale à VHA est la plus fréquente des hépatites virales aiguës en France. Le virus peut être transmis directement entre les humains (mains contaminées, contact personne à personne) ou indirectement (eau, nourriture contaminée, etc.). L'hépatite A est généralement bénigne. Les complications potentiellement mortelles (par exemple l'hépatite fulminante) sont rares. L'infection par le VHA peut exacerber une maladie du foie sous-jacente, conduisant à la décompensation. Chez les enfants, les formes latentes sont fréquentes. Le potentiel de contagiosité de ces jeunes enfants asymptomatiques est élevé. Le risque d'infection diffère d'un pays à l'autre. On peut distinguer :

- les zones d'endémicité élevée où le risque de contracter l'hépatite A est très élevé et la population autochtone est infectée par le virus très tôt dans la vie ;
- les zones à faible endémicité où le risque de contracter l'hépatite A est faible et aléatoire, avec une prévalence parmi la population contaminée qui croît lentement avec l'âge [7,8].

Les moyens de prophylaxie post-exposition sont les Ig spécifiques et/ou la vaccination.

Les Ig spécifiques ne sont pas disponibles en France. Cependant, il a été montré par plusieurs études qu'elles sont efficaces à 80–90 % rapidement, quelques heures après l'injection. La durée de protection varie selon la dose administrée mais n'excède pas quelques mois [9,10].

Le vaccin contre l'hépatite A est un vaccin entier inactivé. La concentration d'anticorps mesurée quatre semaines après une dose de vaccin est plus élevée que celle obtenue après l'injection d'une dose d'Ig considérée comme protectrice. Un rappel 6–18 mois après permet d'obtenir une concentration élevée d'anticorps qui reste cependant très inférieure à celle induite par l'infection naturelle [11].

Chez l'homme, de nombreuses études internationales ont montré l'impact d'une vaccination collective dans l'interruption d'épidémies [12]. Concernant la VPE, deux études randomisées sont disponibles [10,13] dont celle de Victor et al. en 2007 considérée comme méthodologiquement irréprochable par l'OMS [14]. Ainsi, les recommandations nationales et internationales privilégient la vaccination aux Ig post-exposition [15]. Cependant, les Ig spécifiques, dans les pays où elles sont disponibles, restent recommandées pour les enfants âgés de moins de 1 an et de plus de 40 ans, les personnes immunodéprimées, atteintes de pathologie hépatique ainsi que les personnes allergiques à un des composants du vaccins du fait de l'incertitude sur l'immunité procurée par le vaccin et la gravité plus élevée de l'hépatite A sur ces terrains.

Ainsi, la VPE est recommandée dans les 14 jours suivant les premiers signes cliniques du cas index [16] :

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5672679>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5672679>

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