

Recommandations pour la vaccination antipneumococcique avec le vaccin polysidique 23-valent

Le vaccin 23-valent protège les personnes âgées de plus de 64 ans et celles souffrant de maladie chronique des infections à pneumocoques invasives (bactériémie, méningite ou infection d'un autre site normalement stérile). La vaccination des groupes à risque permet de diminuer les taux de morbidité et de mortalité de ces formes invasives. Il est possible d'administrer ce vaccin en même temps que celui de la grippe, offrant ainsi aux personnes à risque le moyen de se prémunir contre les complications de ces deux affections courantes.

Du 1^{er} juillet 1999 au 30 juin 2000, 745 cas de pneumocoque invasive ont été déclarés par les laboratoires à l'OFSP (voir tableau 1). Ces résultats sont du même ordre de grandeur que ceux d'une étude parue récemment [1] et démontrent des taux d'incidence similaires à ceux des pays voisins [2].

La moitié des cas déclarés est survenue chez les personnes >64 ans, groupe où le taux de létalité est de 20% [3]. Il est donc important d'offrir à ces personnes la possibilité de se protéger. Ces données ne concernent que les formes invasives. On estime généralement l'incidence des pneumonies non-invasives comme étant 3-6 fois plus élevée [2].

Les recommandations de l'OFSP pour l'administration du vaccin 23-valent (PNU-Imune®, Pneumovax®), évoquées dans le plan de vaccination de routine sont détaillées dans le tableau 2. Elles correspondent à celles émises par la Commission d'Epidémiologie des maladies infectieuses et les CDC [4-6].

Le vaccin 23-valent n'est pas suffisamment immunogène chez les enfants <2 ans.

Chez les personnes immunodéficientes, les recommandations ne répondent pas aux principes de la médecine fondée sur les preuves mais reposent sur l'avis d'experts et le bénéfice potentiel de la vaccination. Dans le cas de l'infection HIV, une étude cas-témoin a montré un effet protecteur du vaccin [7] alors qu'un essai clinique récent, réalisé en Ouganda a révélé un taux d'incidence de pneumonies non-invasives plus important chez les vac-

Tableau 1
Déclarations par les laboratoires de pneumocoques invasifs en Suisse juillet 1999 à juin 2000

Classes d'âge	Nombre de cas (%)	Déclarations/100 000 habitants
0-23 mois	27 (3,6%)	17,2
2-16 ans	42 (5,6%)	3,6
17-64 ans	288 (38,6%)	6,0
> 64 ans	387 (52%)	35,4
Total	745 (100%)	10,4

cinés que dans le groupe placebo [8].

Afin de permettre une stimulation immunitaire la plus forte possible, il importe de vacciner au plus tôt au cours de la maladie sous-jacente et au moins 15 jours avant un traitement immunosuppresseur ou une splénectomie [6, 7].

L'efficacité contre les infections invasives est estimée à 50-80% [6].

Un effet contre les pneumonies non-invasives n'a par contre pu être clairement démontré. La durée de l'immunité acquise est peu connue. L'OMS et les CDC proposent d'administrer une deuxième dose aux personnes vaccinées avant 65 ans et aux groupes à haut risque [6, 9].

L'administration intramusculaire ou sous-cutanée du vaccin 23-valent est associée à une irritation locale passagère jusque dans 30% des cas. Dans une méta-analyse regroupant 7500 patients, il n'y a pas eu de manifestations systémiques sévères [10]. Lors de rappel, des douleurs locales et une fébricule ont été observées dans 60-70% des cas, ces réactions dépendant du degré d'immunité du patient et donc de l'intervalle entre les deux doses de vaccin. Celui-ci ne devrait pas être inférieur à 5 ans, chez les personnes >10 ans. Des complications graves n'ont pas non plus été observées lors de rappel [11]. En cas d'administration simultanée du vaccin anti-influenza dans l'autre bras, il faut s'attendre à des réactions locales dans 40% des cas mais des effets secondaires graves n'ont pas été décrits [12].

Les analyses économiques fiables sont encore rares. Aux Etats-Unis, une étude coût-efficacité a démontré une économie en coûts médicaux de 8\$ par vaccin administré chez les personnes >64 ans en ne tenant compte que de l'effet contre les formes invasives [13].

Le vaccin n'est actuellement pris en charge par les caisses-maladies que lors d'affection chronique sévère, d'immunodéficience, d'as-

Tableau 2
Indications pour la vaccination avec le vaccin anti-pneumococcique 23-valent

Groupes cibles	Indication de rappel
Toutes les personnes >64 ans	5 ans après, si première dose avant 65 ans
Personnes ≥ 2 ans avec: - Pathologie chronique sous-jacente (cardio-vasculaire, respiratoire, diabète, hépatique) - Fistule de liquide céphalo-rachidien	Aucune
Personnes ≥ 2 ans avec: - Asplénie anatomique ou fonctionnelle - Indications sans efficacité prouvée: Immunodéficience aiguë ou chronique (infection HIV, traitements immunosuppresseurs, leucémie, lymphome, myélome multiple, cancer généralisé, syndrome néphrotique, insuffisance rénale chronique)	5 ans après (éventuellement 3 ans après chez les patients <11 ans)

plénie fonctionnelle ou anatomique ou avant une splénectomie.

Les recommandations concernant l'utilisation du vaccin conjugué 7-valent chez les enfants <10 ans sont encore à l'étude. L'introduction de ce vaccin sur le marché ne devrait pas pour l'instant remettre en cause l'utilisation du vaccin 23-valent chez les adultes car l'efficacité du vaccin 7-valent pour ce groupe n'est pas encore documentée. Les sérotypes inclus dans ce vaccin auraient couvert 59% des cas invasifs survenus en Suisse chez les personnes >64 ans en 1998 alors que le vaccin 23-valent en aurait couvert 94% [1]. ■

Office fédéral de la santé publique
Division épidémiologie et
maladies infectieuses

Informations supplémentaires

Section maladies bactériennes
et parasitaires
Téléphone 031 323 87 06
Fax 031 323 87 95

Littérature

1. OFSP. Infections à pneumocoques invasifs en Suisse. Bulletin OFSP 2000; 20: 381–385.
2. Butler JC, Schuchat A. Epidemiology of Pneumococcal Infections in the Elderly. *Drugs & Aging* 1999; 15 Suppl.1: 11–19.
3. Fine MJ, Smith MA, Carson CA, et al. Prognosis and Outcomes of Patients with Community-Acquired Pneumonia. A Meta-analysis. *JAMA* 1996; 275(2): 134–141.
4. OFSP. Maladies infectieuses, Diagnostic et prévention, Chapitre 1 suppl.VIII, décembre 1997.
5. Mühlemann K, Francioli P, et al. Prévention des infections à pneumocoques par la vaccination. *Bulletin des médecins suisses* 2000; 81: 554–560.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Pneumococcal Disease. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 1997; 46: 1–25.
7. Gebo KA, Moore RD, Keruly JC, et al. Risk Factors for Pneumococcal Disease in Human Immunodeficiency Virus Infected Patients. *J Infect Dis* 1996; 173: 857–862.
8. French N, Nakiyingi J, Carpenter LM, et al. 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine in HIV-1 infected Ugandan adults: double-blind, randomised and placebo controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 2106–2111.
9. Organisation Mondiale de la Santé. Les vaccins antipneumococciques. *Relevé Epidémiologique Hebdomadaire* 1999; 23: 177–183.
10. Fine MJ, Smith MA, Carson CA, et al. Efficacy of Pneumococcal Vaccination in Adults. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2666–2677.
11. Jackson LA, Benson P, Vishnu-Priya S, et al. Safety of Revaccination with Pneumococcal Polysaccharide Vaccine. *JAMA* 1999; 281: 243–248.
12. Honkanen PO, Keistinen T, Kivelä SL. Reactions Following Administration of Influenza Vaccine Alone or With Pneumococcal Vaccine to the Elderly. *Arch Intern Med* 1996; 156: 205–208.
13. Sisk JE, Moskowitz AJ, Whang W et al. Cost-effectiveness of Vaccination Against Pneumococcal Bacteremia Among Elderly People. *JAMA* 1999; 278: 1333–1339.