

La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays de l'océan indien

N° 53 – Septembre 2018

La lettre d'information n°53 du 30 septembre 2018 est consacrée aux vaccins. Depuis le 1^{er} janvier 2018, plusieurs numéros du Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS ont publiés des notes de synthèse sur les vaccins.

Vaccin contre la dengue (REH 2018 ; 93 : 457-476)

Le premier vaccin homologué contre la dengue est le vaccin CYD-TDV (Dengvaxia®), vaccin tétravalent vivant atténué recombinant, utilisant la souche virale antiamarile 17D comme squelette de réplication. Il protège contre les 4 virus de la dengue. Des essais cliniques ont montré que le Dengvaxia® était efficace et sûr chez les personnes ayant subi antérieurement une infection par le virus de la dengue (personnes séropositives), mais comportait un risque accru de formes graves pour les personnes subissant après la vaccination leur première infection naturelle (personnes séronégatives), en particulier chez les enfants de 2 à 9 ans. Ce qui a conduit à la suspension du programme de vaccination contre la dengue aux Philippines en décembre 2017. L'OMS recommande actuellement le dépistage pré-vaccinal, seules les personnes présentant des preuves d'une infection antérieure par le virus devant être vaccinées. Si le dépistage pré-vaccinal n'est pas praticable, on peut envisager la vaccination sans dépistage préalable dans les zones où la présence d'un taux de séroprévalence de 80 % au moins a été relevée chez les enfants de 9 ans. Mais, aucun test de dépistage n'est spécifique à 100 % en raison de la réactivité potentielle avec d'autres *flavivirus*. Il faut utiliser le vaccin dans la tranche d'âge de 9 à 45 ans. Il est recommandé d'administrer le Dengvaxia® sous forme d'une série de 3 doses, à 6 mois d'intervalle. Le Dengvaxia® ne doit pas être prescrit comme une réponse à une flambée de dengue. Il ne doit pas être prescrit chez les femmes enceintes ou allaitantes ou chez les personnes immunodéprimées. La vaccination peut être envisagée chez les voyageurs qui se rendent dans une région de forte transmission de la dengue s'ils sont séropositifs (ou, d'après l'OMS, s'ils ont déjà eu une dengue maladie « attestée »).

Vaccins contre l'hépatite B (REH 2018 ; 93 : 61-72)

On prévient l'infection par le Virus de l'Hépatite B (VHB) par l'administration d'un vaccin contre l'hépatite à virus B (HVB). L'OMS préconise la délivrance d'au moins 3 doses de vaccin contre l'HVB à tous les enfants dans le monde, dont la première à la naissance. La première dose doit être injectée dans les 24 heures qui suivent la naissance (DN de HepB), l'infection chronique étant en général acquise à la naissance par transmission du VHB au cours de la période prénatale. Une dose dès la naissance, suivie d'au moins deux doses supplémentaires au cours de la petite enfance prévient 90 % des infections périnatales. Mais, la couverture par une DN de HepB administrée dès la naissance est plus faible dans les pays où la prévalence des infections chroniques par le VHB est la plus forte, dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranée orientale, respectivement à 10 % et 22 %. Dans l'ensemble du monde, 39 % seulement des nouveau-nés ont reçu une DN d'HepB, ce qui est très inférieur au taux de couverture de 84 % pour la série de 3 doses vaccinales contre l'HVB chez les nourrissons. Les difficultés à la vaccination par le VHB dès la naissance sont dues, d'après l'OMS, à l'accouchement à domicile, à des idées fausses concernant les contre-indications et à une réticence des agents de santé à vacciner des enfants en déficit pondéral ou prématurés.

Vaccins BCG (REH 2018 ; 93 : 73-96)

La vaccination par les vaccins contenant le bacille de Calmette-Guérin (BCG) est recommandée dans les pays ou les milieux dans lesquels l'incidence de la tuberculose et/ou la charge de morbidité de la lèpre sont élevées. La vaccination par le BCG peut également être envisagée dans les milieux où

l'ulcère de Buruli est présent. Les vaccins vivants atténués disponibles sont sûrs et efficaces, en particulier pour prévenir les formes les plus graves de tuberculose, telles que la méningite tuberculeuse de l'enfant et la tuberculose miliaire. Une dose unique du vaccin BCG doit être administrée à tous les nouveaux-nés en bonne santé à la naissance. Les enfants qui sont nés infectés par le VIH ne doivent pas être vaccinés. Les nourrissons prématurés (âge gestationnel > 31 semaines) et les nourrissons de faible poids de naissance (< 2 500 g) en bonne santé et cliniquement stables peuvent être vaccinés. La vaccination par le BCG est contre-indiquée chez les femmes enceintes, mais est autorisée pendant l'allaitement. Un vaccin plus efficace pour tous les âges et pour les patients porteurs du VIH est à l'étude.

Vaccins anti-typhoïdiques (REH 2018 ; 93 : 153-172)

La charge de la fièvre typhoïde reste élevée dans de nombreuses parties du monde et on observe une émergence et une propagation accélérée de souches de *Salmonella typhi* résistantes aux antibiotiques, ce qui se traduit par une proportion accrue de patients atteints de fièvre typhoïde en échec thérapeutique. L'OMS recommande l'utilisation programmée des vaccins pour combattre la fièvre typhoïde dans les pays enregistrant la plus forte charge de la maladie ou présentant un taux élevé de *S. typhi* résistants aux antibiotiques. Il existe 3 types de vaccins anti-typhoïdiques homologués : les vaccins anti-typhoïdiques conjugués (VTC), les vaccins polysidiques Vi non conjugués (ViPS), les vaccins vivants atténués Ty21a.

Deux VTC de nouvelle génération sont homologués : Typhar-TCV® et PedaTyph™. Le Typhar-TCV® est administré en IM, en dose unique, chez les adultes et les enfants âgés de ≥ 6 mois. Il est actuellement à privilégier à tous les âges en raison de ses meilleures propriétés immunologiques, de son aptitude à être utilisé chez le jeune enfant et de la durée de protection plus longue. Les femmes enceintes, les personnes infectées par le VIH et d'autres immunodéprimées peuvent être vaccinées.

L'OMS recommande de procéder à la vaccination anti-typhoïdique lors d'une flambée ou d'une situation d'urgence. Cependant pour prévenir la fièvre typhoïde dans de telles situations, la priorité doit être avant tout accordée à l'approvisionnement en eau salubre et à la promotion des mesures d'assainissement et d'hygiène.

Vaccins antirabiques (REH 2018 ; 93 : 201-220)

La rage est une zoonose virale mortelle après l'apparition des symptômes cliniques. L'OMS recommande deux grandes stratégies de vaccination pour la prévention de la rage humaine : la prophylaxie post-exposition (PPE) et la prophylaxie pré-exposition (PPrEx). La PPE comprend l'administration d'une série de plusieurs doses de vaccin antirabique, l'administration d'immunoglobuline antirabique (impérativement pour la catégorie III) et un lavage soigneux de la plaie. La PPrEx consiste dans l'administration de plusieurs doses de vaccin antirabique avant l'exposition au virus de la rage. Seuls les vaccins antirabiques préparés sur cultures cellulaires ou préparés sur œufs embryonnés (VCCOE) doivent actuellement être prescrits. Ils sont administrés par injection intradermique (ID) ou intramusculaire (IM). Le vaccin antirabique et l'immunoglobuline antirabique peuvent être administrés en toute sécurité chez les femmes enceintes ou allaitantes. Chez les personnes infectées par le VIH ou autres personnes immunodéprimées, l'immunoglobuline antirabique doit être administrée dans les catégories II et III. La PPrEx est indiquée pour les personnes à risque d'exposition professionnelle et chez les voyageurs qui ont des activités dans les régions rurales éloignées, y compris dans les grottes où il y a des risques de contact avec les chauves-souris et où l'accès à une PPE n'est pas garanti.

D'autres numéros du REH 2018 traitent de maladies infectieuses à prévention vaccinale dont nous avons déjà parlé dans les lettres d'information. Voici quelques notions récentes les concernant.

Méningite cérébro-spinale

En 2010, le vaccin polysidique conjugué A (MACV) a été introduit en Afrique pour la vaccination de masse contre le méningocoque A (NmA). Son introduction a entraîné une baisse persistante de l'incidence du NmA et des changements de la répartition des germes pathogènes méningococciques non NmA (NmC, NmX) et non méningococciques (*Streptococcus pneumoniae*).

Rougeole

D'importantes épidémies de rougeole continuent à sévir dans le monde et pas seulement dans les pays en développement. Pour l'ensemble du monde, la couverture vaccinale a été de 85 % pour le MCV1 et de 64 % pour le MCV2 en 2016. Or, la couverture vaccinale (MCV1 + MCV2) doit atteindre 95 % pour envisager l'éradication de la rougeole. C'est la maladie qui « souffre » le plus des réticences à la vaccination dues aux discours pseudo-scientifiques, aux défauts de certains produits importés, aux groupes religieux...

Poliomyélite

L'année 2018 est avancée par l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite. Mais, à l'échelon international, la chute de la couverture vaccinale contre la poliomyélite dans les pays en guerre comme la Syrie fait craindre une résurgence de cette maladie. Les cas de poliomyélite dus aux poliovirus dérivés des souches vaccinales (PVDV) devraient disparaître par le remplacement du vaccin vivant oral (VPOt, VPOb) par le vaccin inactivé injectable (VPI). Mais, alors que la Papouasie-Nouvelle-Guinée n'avait pas recensé de cas depuis 1996, 4 cas de PVDV1 ont été notifiés au 18 août 2018.

Paludisme

L'OMS a annoncé que la vaccination par le vaccin anti-paludique RTS,S (Mosquirix™) doit être déployé dans le cadre de projets pilotes dans trois pays d'Afrique subsaharienne (Kenya, Malawi, Ghana) en 2018. Le RTS,S est un vaccin contre le paludisme à *Plasmodium falciparum* et l'hépatite virale B, le «S» situé après la virgule désignant l'antigène HBs. Ce vaccin n'étant que partiellement efficace viendra renforcer les mesures de prévention, de diagnostic et de traitement auxquelles il ne se substituera pas.

Maladie à virus Ebola

Fin 2016, l'efficacité du vaccin expérimental rVSV-EBOV a été démontrée en Afrique de l'Ouest. Ce vaccin est utilisé en 2018 dans les 2 dernières épidémies en République Démocratique du Congo.

Fièvre Jaune

Pour l'OMS, une dose unique de vaccin anti-amaril suffit à conférer une protection à vie contre la fièvre jaune, mais la couverture dans le monde reste inférieure au taux cible de 80 %. Une nouvelle stratégie, dite EYE, a pour but d'éliminer les épidémies de FJ au plan mondial d'ici 2026.

Infection à Papillomavirus humains (PVH)

La vaccination anti-PVH de tous les garçons, et pas seulement des garçons homosexuels fait l'objet de réflexions, alors que la couverture vaccinale des jeunes filles demeure faible. L'innocuité des vaccins anti-PVH, qui étaient suspectés de provoquer des maladies auto-immunes, a été confirmée, mais la polémique continue ...

*Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte écrit le 30 septembre 2018.
e-mail : aubry.pierre64@gmail.com*