

Infovac-Maroc : N° 57 / Juin 2024

Les vaccins conjugués contre le pneumocoque

Les pneumocoques sont des hôtes habituels du rhinopharynx. Tous les enfants de moins de 5 ans sont porteurs de pneumocoque à un moment ou un autre de l'année, et c'est à partir du rhinopharynx que cette bactérie va se transmettre par voie aérienne d'un individu à l'autre et provoquer éventuellement des maladies chez le sujet colonisé en envahissant les tissus ou le sang. **Le spectre des maladies pneumococciques** s'étend des infections invasives, parfois mortelles, à des maladies moins sévères mais plus fréquentes. Tous les sérotypes de pneumocoque n'ont pas la même capacité à coloniser le rhinopharynx ou à provoquer des infections. Ceci est la conséquence du pouvoir pathogène variable des différents sérotypes et, au sein même des sérotypes, des différents clones identifiés par des techniques de biologie moléculaire.

Des vaccins conjugués (PCVS) dans lesquels les polysaccharides sont couplés à des protéines pour les rendre plus immunogènes. Actuellement 2 PCV existent au Maroc : Le 10 et le 13. Le VPC13 contient 3 sérotypes supplémentaires, 3, 6A et 19A. Bien qu'aucune étude de comparaison directe de l'impact ou de l'efficacité des 2 produits n'ait été publiée, les données disponibles indiquent que les deux produits sont efficaces pour réduire la charge globale, tant chez les personnes vaccinées que non vaccinées. Bien que le VPC13 contienne 3 sérotypes supplémentaires, les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour déterminer si cela modifie l'impact du vaccin sur la charge globale. Le sérotype 3 continue à être présent même avec le PCV13. D'autres vaccins sont en cours : PCV15, PCV20...

Avec les PCVs, nous avons constaté dans de nombreux contextes un phénomène de «**remplacement des sérotypes**», à savoir une augmentation de l'incidence des pneumocoques imputables à des sérotypes non vaccinaux après l'administration du PCV. La niche écologique que représente le rhino-pharynx de l'enfant ne sera jamais « vide » de pneumocoque et c'est probablement souhaitable... Plus on élargit le spectre de ces vaccins, plus on déplace le remplacement vers d'autres sérotypes. Sur le **portage du pneumocoque**, les PCVs n'influencent pas, ou modestement, la proportion d'enfants porteurs de pneumocoque, mais ils ont bouleversé la répartition des sérotypes portés.

Les pneumonies peuvent être dues à de très nombreux agents pathogènes. Et pourtant, depuis l'introduction des PCVs de deuxième génération, de très nombreuses études ont confirmé leur efficacité sur l'ensemble des pneumonies. L'efficacité est d'autant plus grande que les pneumonies sont sévères.

Avec **les otites**, l'efficacité est accrue pour les formes les plus compliquées des otites. La colonisation bactérienne du nasopharynx est la première étape dans le développement de l'OMA.

Sur la **résistance aux antibiotiques**, l'introduction des vaccins conjugués a entraîné une baisse importante de la proportion des souches de pneumocoque de sensibilité diminuée aux β -lactamines. Malheureusement, et du fait notamment de la consommation excessive d'antibiotiques, une partie des sérotypes non vaccinaux sont devenus également moins sensibles aux antibiotiques, faisant remonter le niveau de résistance.

L'effet de groupe ou effet "troupeau" : Dans de nombreux pays ayant une couverture vaccinale satisfaisante, une baisse significative des infections pneumococciques chez les sujets non vaccinés a pu être observée. Cet effet est lié à la diminution du portage des sérotypes vaccinaux chez les jeunes enfants.

Position de l'OMS : Le schéma 2 +1 pourrait présenter certains avantages par rapport au schéma 3 + 0 car des titres d'anticorps plus élevés sont induits au cours de la 2^{ème} année de vie, ce qui peut jouer un rôle important dans le maintien de l'immunité collective.

Si le schéma 2 +1 est choisi, un écart de ≥ 8 semaines est recommandé entre les 2 doses de primo-vaccination, mais cet intervalle peut être raccourci si une raison impérieuse le justifie. Dans le schéma 2+1, la dose de rappel doit être administrée entre les âges de 9 et 18 mois.

Le choix du produit le VPC10 et le VPC13 ont tous deux un impact considérable contre la pneumonie, les infections invasives imputables aux sérotypes vaccinaux et le portage rhinopharyngé. Les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour mettre en évidence une différence entre les effets nets des 2 produits sur la charge de morbidité globale. Le VPC13 pourrait présenter un avantage supplémentaire dans les contextes où la morbidité attribuable aux sérotypes 19A ou 6C est importante. Le choix du produit dans un pays donné devra se fonder sur les caractéristiques programmatiques, l'approvisionnement en vaccins, le prix des vaccins, la prévalence locale et régionale des sérotypes vaccinaux et les profils de résistance aux anti-microbiens.

Disponibilité des vaccins au Maroc

Les laboratoires Sanofi, MSD, Pfizer et GSK nous informent que leurs vaccins sont disponibles.

N.B : Prière de prendre en compte que la disponibilité des vaccins communiqués est au niveau des grossistes !

En réponse à vos questions

Les vaccins conjugués contre le pneumocoque sont-ils interchangeables ?

Une fois qu'un programme de vaccination par les VPC a été mis en place, il est déconseillé de passer d'un produit à l'autre à moins d'une évolution majeure des facteurs épidémiologiques ou programmatiques sur lesquels s'est fondé le choix initial du produit. Si une série ne peut être menée à terme avec le même type de vaccin, on utilisera le VPC qui est disponible. Il est déconseillé de recommencer une série, même s'il s'agit de la série de primovaccination.

M Bouskraoui (Marrakech), S Afif (Casablanca), H Afilal (Rabat), MJ Alao (Bénin), M Amorissani Folquet (Côte-d'Ivoire), R Amrani (Oujda), Y Atakouma (Togo), S Atebo (Gabon), K Benani (Tanger), M Benazzouz (Responsable du programme d'immunisation-Maroc), A Bensnouci (Algérie), O Claris (APLF), R Cohen (Conseiller-France), M Douaji (Tunisie), D Gendrel (Conseiller-France), M Hida (Fès), I khalifa (Mauritanie), P Koki Ndombo (Cameroun), JR Mabiala Babela (Congo Brazza), O Ndiaye (Sénégal), M Saadi (Agadir), A Soumana (Niger), MC Yanza Sepou (Centre-afrique), M Youbi (Direction de l'épidémiologie-Maroc), A Tebaa (Pharmacovigilance- Rabat)