

Infovac-Maroc : N° 72/ Octobre 2025

1. Prévention des infections à VRS

Épidémiologie clinique du VRS :

Aucun pédiatre n'ignore que le virus respiratoire syncytial (VRS) est le principal responsable des épidémies annuelles de bronchiolites qui déséquilibrent le fonctionnement des urgences, des services de pédiatrie, ainsi que celui des consultations pédiatriques ambulatoires. Chaque année, environ 1/3 des nourrissons de moins de 2 ans sont touchés par la bronchiolite. Quasiment tous les nourrissons sont en contact avec le VRS avant l'âge de 2 ans. Si beaucoup se rétablissent sans traitement, une hospitalisation sera nécessaire pour 2 à 3 % d'entre eux. Si le taux de décès reste très faible (< 1 %) dans les pays dits industrialisés, les pays à faible revenus, où l'accès aux soins est souvent difficile, connaissent une mortalité liée au VRS encore forte. L'OMS en a fait une de ses priorités en mettant en place une surveillance mondiale du VRS, couplée à celle du virus de la grippe déjà très structurée, ainsi qu'une estimation clinique des manifestations liées au VRS chez l'enfant, notamment les hospitalisations. Des facteurs de risque de forme grave sont connus : cardiopathie congénitale, prématurité, déficit immunitaire...

En l'absence de vaccination, la prévention repose sur des mesures prophylactiques non pharmaceutiques et l'immunisation passive. L'administration précoce d'anticorps monoclonaux dirigés contre la protéine de fusion du VRS a fait la preuve de son efficacité. La protection après injection de l'anticorps monoclonal est rapide et dure de 1 mois (palivizumab) à au moins 5 mois (nirxvimab). En Europe, depuis le 31 octobre 2022, le nirxvimab est indiqué pour la prévention des infections à VRS chez les nouveau-nés et les nourrissons au cours de leur première saison de circulation du VRS. L'injection de nirxvimab dès le début et pendant la saison du VRS à la maternité ou lors de la consultation de la 2^{ème} semaine de vie pour les enfants nés à terme pendant la saison, à l'hôpital dans la semaine qui précède la sortie pour les enfants hospitalisés nés prématurés pendant la saison, ou en libéral lors d'une des consultations recommandées pour les enfants nés en dehors de la saison devrait augmenter le bénéfice de cette mesure de prévention, facilitant sa réalisation et favorisant sa généralisation. Finalement, en offrant la possibilité d'une immunisation passive de longue durée d'action avec une dose unique pour une cohorte entière de naissances, le nirxvimab permet pour la première fois d'envisager une prévention universelle équitable pour tous les nouveau-nés et nourrissons.

Quelles sont les possibilités actuelles de prévention par l'immunisation ?

Elles reposent toutes sur une meilleure connaissance du virus lui-même, de ses protéines de surface, notamment la protéine F dans ses 2 états post- et pré-fusion, cette dernière étant celle qui retient toute l'attention des 2 perspectives en cours de concrétisation : immunisation passive (soit par administration d'anticorps monoclonaux anti-VRS au nouveau-né, à la naissance ou peu après, soit par transfert transplacentaire d'anticorps anti-VRS produits par la femme enceinte après vaccination maternelle) et immunisation active du nourrisson (par vaccination). L'immunisation passive est très avancée.

Les anticorps monoclonaux anti-VRS : Face aux difficultés rencontrées pour la mise au point d'un vaccin, la recherche s'est tournée très logiquement vers l'immunothérapie. Parmi les cibles potentielles, la glycoprotéine F, par sa stabilité dans les sous-types de virus A et B, a été rapidement identifiée comme cible pour le développement d'anticorps neutralisants.

L'immunisation maternelle : Elle repose sur la vaccination de la future mère et est destinée à protéger le fœtus puis le nouveau-né.

En conclusion, ces avancées récentes dans la prévention pharmacologique du VRS par immunisation passive sont destinées à protéger les jeunes nourrissons, si possible dès leur naissance, des infections à VRS, mais aussi leur santé, le confort familial et notre système de soins. La condition essentielle est leur utilisation large en population générale. Cela requiert une mobilisation des professionnels de santé autour de la naissance, une bonne connaissance des acquis récents par le public et les professionnels de santé, et un fort support des autorités de santé.

2. Information importante

Afin d'assurer la disponibilité continue du vaccin contre le pneumocoque, notre ministère de santé et de protection sociale a procédé à l'acquisition du vaccin conjugué 13 valent (Prevenar 13 de Pfizer) et le mettre au niveau des centres de santé qui vaccinent. (Circulaire DP : 19/2025)

Pour poser une question, contacter infovacmaroc@gmail.com
Vous pouvez consulter Infovac-Maroc à l'adresse suivante : www.infovac-maroc.com

Du côté des produits : Vaccins commercialisés au Maroc

Les laboratoires Pfizer, GSK, Abbot et Sanofi déclarent que leurs vaccins sont disponibles **chez les grossistes** sauf pour MSD qui informe avoir des tensions d'approvisionnement concernant ses vaccins.

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 Bensouci (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)