

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 6 décembre 2011

Deuxième heure:

Vacciner contre les pneumocoques: pourquoi ?

Dr K Posfay-Barbe (HUG Genève)

Il existe un vaccin polysaccharidique contenant 23 souches, inefficace chez l'enfant de moins de 2 ans, (pas de réponse immune T), avec faible activité dans les muqueuses et un vaccin conjugué avec 7,9,10,11 ou 13 valence, efficace chez l'enfant de moins de 2 ans, entraînant une réponse immunitaire T

Le vaccin poly saccharique est indiqué chez la personne de plus de 65 et chez les enfants de plus de 2 ans, adolescent et adultes avec une maladie à risque.

Le vaccin conjugué est indiqué chez l'enfant de moins de 5 ans, les schémas vaccinaux 2-4-6, 2-3-4 mois ou 2-4-12 entraîne réponse immunitaire similaire.

Le vaccin est efficace contre les maladies invasives à pneumocoques (MIP): bactériémie, méningite, sepsis). On observe une diminution des MIP, mais aussi pneumonies, hospitalisations. L'effet se voit surtout chez l'enfant de moins de 5 ans.

Le vaccin conjugué (PCV) 13 couvre théoriquement 72% des sérotypes responsables de MIP:

Les études précliniques de Black portant sur 37.868 enfants âgés de 2 à 15 mois a montré 52 cas de MIP causé par les souches couvertes par le vaccin chez les enfants non vaccinés, 3 chez les enfants vaccinés (dont 2 enfants avec maladies diminuant l'immunité)

Allemagne : également diminution des MIP.

USA : diminution de 76 % des MIP

Egalement chez l'enfant âgé en dessous de 90 jours (non vacciné, ou une dose), on observe une diminution de 40% de MIP . Cela suggère que la vaccination de groupe protège partiellement les enfants non vaccinés.

Les bactériémies sont diminuées de 70%

Méningites (études sur 1300 cas) diminution de 64% chez l'enfant de moins de 2 ans.

Etude en Gambie : 1/8189 dans le groupe vacciné, 12/8151 dans le groupe non vacciné de MIP, sans émergence de nouvelles souches

Pneumonie à pneumocoques : diminution de 47% chez l'enfant de moins de 2 ans

Pneumonie toute étiologie : diminution de 30% en dessous de 2 ans, de 13% après 5 ans

Depuis le début de la vaccination par PCV7, on observe une augmentation du nombre d'empyème. Il s'agit de souches non couvertes par le PCV7.

OMA : sur 57789 OMA, on observe une diminution de 7% des otites. Une étude Cochrane rapporte une réduction relative de 6 à 7%, sans effet clair.

Sécurité post clinique (rapportant tous les événements arrivant après vaccination)
13,2 événements pour 100.000 vaccinations

117 décès ont été rapportés (51 MSIN, les autres liés à une autre cause clairement établie)

34 MIP malgré vaccination

14 purpuras thrombocytopenique

PCV 13 : effets secondaires similaires

Chez l'immunosupprimé, (par exemple greffe de foie), il n'y a pas de baisse d'efficacité

Problème :

Coût du vaccin (cher, 91.-)

Quel est le meilleur schéma vaccinal ?

Sérotypes non couverts : modification de bactérie, mutation, transfert génétique.

En Suisse les sérotypes mal couverts sont le 19A>3>7F>1>6A, mais ailleurs dans le monde d'autres sérotypes sont plus fréquents. Le problème principal est lié au 19A, souche souvent résistante aux antibiotiques. Actuellement, après introduction du PCV13, on n'observe pas d'émergence de nouveaux sérotypes pour l'instant.

En Suisse, on espère une diminution de 55 à 72% des MIP avec les nouveau PCV 13.

Donc :

Le vaccin offre une protection efficace contre les MIP

Il est utile pour les maladies pulmonaires

Il est utile pour la santé publique

Il faut poursuivre la surveillance

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch