

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 25 novembre 2025

« RSV en 2026: nirsevimab et/ou abrysvo? »

Orateurs : Professeur Arnaud L'Huillier et Docteure Bénédicte Le Tinier

Pour la prévention du virus respiratoire syncytial, il existe :

- Soit des injections de gammaglobulines (Nirsevimab)
- Soit la vaccination de la femme enceinte. Parmi les trois vaccins disponibles, le vaccin

Abrysvo a été retenu.

Pour L'OFSP la recommandation est de protéger tous les nouveau-nés dans leur première année de vie, soit par une injection de Nirsevimab chez le nouveau-né, soit par le vaccin Abrysvo chez la femme enceinte. Les deux options sont jugées équivalentes.

Les recommandations dépendent de la date de l'accouchement : Pour un accouchement entre le 1^{er} octobre et le 31 mars, il est possible de choisir soit la vaccination maternelle, soit l'injection du nouveau-né. Pour les enfants nés entre le 1^{er} avril et le 30 septembre, l'option et l'injection de Nirsevimab.

Quand faut-il donner le Nirsevimab même si la mère a été vaccinée ?

- Si la naissance a lieu moins de 14 jours après la vaccination maternelle
- si l'enfant est né prématuré
- si la mère est immunodéficitaire
- en cas de perte d'immunité humorale de l'enfant, par exemple ECMO

Le vaccin Abrysvo doit être donnée entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée. (Dans les études préliminaires, en Afrique du Sud, il semblait y avoir un risque accru d'accouchement prématuré si donné avant 32 semaines. Ceci n'a pas été constaté dans les autres pays).

Si le nouveau-né a déjà présenté une bronchiolite prouvée à RSV, il n'est pas nécessaire de faire l'injection de nirsevimab sauf en cas de perte d'immunité humorale. Si une mère a déjà reçu le vaccin abrysvo lors d'une précédente grossesse, il n'est pas recommandé de refaire la vaccination pour la 2^e grossesse. Néanmoins, la probabilité que le 2^e nouveau-né soit protégé est très faible. Dans cette situation, il est recommandé de donner le nirsevimab.

Deuxième saison de RSV : une double dose de nirsevimab est recommandée pour les enfants avec malformation cardiaque, hypertension pulmonaire, maladie pulmonaire chronique, grande prématurité, déficit immunitaire, trisomie 21.

Quelle est la méthode la plus efficace ?

La vaccination maternelle par Abrysvo semble aussi efficace que l'injection de Nirsevimab au nouveau-né. Néanmoins, beaucoup de mères préfèrent se faire vacciner plutôt que de faire une injection à leur nourrisson. Par ailleurs, pour certains parents, le problème de franchise est significatif.

Existe-t-il un effet rebond entre un et deux ans ? Cela est possible, mais pas très clair. Concernant le nirsevimab, une étude pratiquée en Galice a montré que 92 % des parents avaient accepté l'injection, il y a eu 82 % de moins d'hospitalisation, et en général à 69 % d'hospitalisation pour toutes les infections respiratoires confondues. Le schéma le plus efficace semble être une immunisation active des nouveau-nés en saison de RSV (entre le 1er octobre et le 30 mars), et un rattrapage pour ceux nés entre le 1er avril et 30 septembre (injection faite au mois d'octobre).

En Espagne, la saison 2023-2024 a été comparée aux périodes précédentes. Il y a eu 21 % de moins de consultation en urgence, 59 % de moins de bronchiolite.

En France et dans d'autres pays, les chiffres sont similaires.

En Suisse, pour la saison 2024 2025, il y a eu une baisse d'hospitalisation de trois à quatre fois.

La question se pose pour les enfants nés fin mars, en fin de saison RSV. Bien qu'ayant reçu une dose nirsevimab à la naissance, une de nos collègues a réussi à obtenir la prise en charge par l'assurance pour la deuxième saison. En effet, beaucoup d'enfants nés fin mars ont présenté des épisodes de bronchiolite nécessitant des hospitalisations, dans la deuxième saison, sans avoir droit à la protection.

Les données de sécurité sont très bonnes, il y a eu 246 000 doses administrées. Des effets secondaires relevés sont le manque d'efficacité ou des réactions locales au site d'injection. Des réactions d'hypersensibilité sont possibles (hypotonie, urticaire) mais sont très rares.

Abrysvo : aux États-Unis et en Arabie Saoudite, l'efficacité de la vaccination maternelle a été de 78 %.

En Argentine de 68 %. Si l'enfant devait néanmoins être hospitalisé, l'oxygénothérapie est souvent plus courte.

Au Royaume-Uni, il a été démontré que le délai de 14 jours entre le vaccin et la naissance était nécessaire au minimum, sinon il y avait une baisse d'efficacité.

Pour Abrysvo, dans les pays développés, il n'y a pas eu de risque d'accouchement prématuré.

Quel est l'avenir ? Pour 2026 ou 2027, il est possible qu'une nouvelle molécule soit disponible, le clesrovimab, de MSD, actuellement en cours d'homologation. L'efficacité serait de 84 % de moins d'hospitalisation à cinq mois. Cette molécule semble bien efficace, mais n'a pas été comparée au nirsevimab dans des études.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch