Actualités

Combattons les infections à pneumocoque, parlons de prévention

À l'occasion de la **journée mondiale de la pneumonie** de 2023, décrétée par l'OMS, Réalités Pédiatriques, avec le soutien institutionnel de MSD, a organisé une webconférence réunissant trois experts de l'infectiologie pédiatrique pour faire le point sur la prévention des infections à pneumocoque.

Le **Pr Robert COHEN** (Président du Conseil national professionnel de pédiatrie et du groupe de pathologie infectieuse pédiatrique, pédiatre, Saint-Maur-des-Fossés) a rappelé que si le pneumocoque tire son nom de sa première description chez un patient atteint de pneumopathie, on sait aujourd'hui qu'il s'agit d'un germe de la flore rhinopharyngée porté par la quasi-totalité des enfants. Le pneumocoque est le plus pathogène des micro-organismes composant cette flore et le premier responsable d'infections bactériennes chez le nourrisson. Il peut être à l'origine d'infections invasives à pneumocoque telles que les méningites ou les bactériémies et d'infections non invasives telles que les pleuropneumopathies et les otites moyennes aiguës, souvent concomitantes à des infections virales. Environ une centaine de sérotypes sont connus à ce jour, dont on sait identifier ceux dont le pouvoir pathogène ("*disease potential*") est le plus important. L'âge est le facteur de risque le plus important d'infections pneumococques notamment invasives, avec un pic avant 2 ans. La vaccination antipneumococcique des nourrissons, recommandée depuis 2003 et obligatoire depuis 2018 en France, a permis de diminuer les infections pneumococques chez l'enfant et chez les adultes. Elle a aussi réduit la fréquence des otites causées par d'autres bactéries

telles qu'*Haemophilus Influenzae* et participé à diminuer la fréquence des bactéries résistantes aux antibiotiques. Le pneumocoque reste cependant le principal germe à l'origine d'infections pédiatriques et nécessite donc encore une amélioration de sa prévention.

Faisant le bilan de 20 ans de vaccination antipneumococcique en France, le **Pr Naïm OULDALI** (service de Pédiatrie, Hôpital Robert Debré, Paris) a expliqué que les diminutions des infections à pneumocoque observées suite à la vaccination 7 valences (VPC7) en 2003 puis 13 valences (VPC13) en 2013 ont été suivies de réascensions au bout de quelques années, sans toutefois jamais atteindre les niveaux prévacination. Ce phénomène illustre la niche biologique que représentent les pneumocoques, qui laisse naturellement la place à de nouveaux sérotypes lorsqu'une pression de sélection est exercée sur certains sérotypes. Malgré l'impact majeur de la vaccination sur la fréquence des infections à pneumocoque, ce germe reste l'un des plus fréquemment identifiés chez le nourrisson et notamment dans les infections invasives de l'enfant de moins de 1 an. Cela s'explique notamment par la persistance de la circulation à un moindre niveau de certains sérotypes inclus dans le VPC13 (3, 19A, 19F) et par l'émergence de sérotypes non couverts. Il existe donc un réel besoin d'optimiser les stratégies de prévention des infections pneumococques.

Le **Dr Hervé HAAS** (chef du service de Pédiatrie-Néonatalogie, hôpital Princesse de Grace, Monaco) a détaillé la place du vaccin pneumococcique conjugué 15-valent (VPC15) dans les

nouvelles recommandations vaccinales pédiatriques de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en juillet 2023. Ce vaccin a reçu une autorisation de mise sur le marché européenne chez l'adulte en 2021 et chez l'enfant en 2022, et les bénéfices conférés par l'ajout de deux sérotypes fréquemment à l'origine d'infections sévères (22F et 33F) justifient pour la HAS son utilisation en alternative au VPC13. Dans des études immunologiques, ce vaccin a montré sa non infériorité par rapport au VPC13 pour les treize sérotypes déjà couverts et son efficacité sur les deux sérotypes additionnels. Il semble également conférer une immunité plus élevée face au sérotype 3 à l'origine d'infections particulièrement sévères et qui continue de circuler *a minima* malgré son inclusion dans le VPC13. Sa tolérance est globalement comparable à celle du VPC13. Ces résultats ont été observés aussi bien chez les nourrissons sans facteur de risque que chez les anciens prématurés (à partir de 32 semaines d'aménorrhée). Le schéma vaccinal recommandé est le même qu'avec le VPC13. Dès sa mise à disposition début 2024, le VPC15 pourra être administré en alternative au VPC13. Les nourrissons ayant débuté leur schéma vaccinal antipneumococcique avec le VPC13 pourront le terminer avec le VPC15 (étude d'interchangeabilité avec évaluation de schémas mixtes VPC13/VPC15).

Le VPC15 répond donc à un réel besoin médical de prévention des infections à pneumocoque.

Dr Richard Niddam
Directeur de la Publication