

Update 2023

Zona et vaccination contre le zona

Environ 10 à 30% d'entre nous connaîtront un zona au cours de leur vie – surtout à partir de 50 ans, parfois même avant. Depuis 2021, l'OFSP recommande le vaccin inactivé Shingrix® à toutes les personnes à partir de 65 ans – et à partir de 50 ans en cas d'immunodéficience (indépendamment du fait que on ait déjà eu un zona ou le vaccin vivant atténué Zostavax®). Le Shingrix® est nettement plus efficace que le Zostavax®, même chez les personnes âgées et immunodéprimées: environ 70–85% efficace pour prévenir le zona et 75% pour prévenir la névralgie post-zostérienne. Le Shingrix® est donc un bon vaccin, mais pas une solution miracle. Actuellement on ne sait pas encore si des rappels de vaccination sont nécessaires.

Lea Pajarola^{a *}, Sarah Gruson^{a *}, Bernhard Wingeier^{b,c}, Caesar Gallmann^{c,d}, Gisela Etter^{c,e}, Emanuel Steinhauer^f, Patrick Zürcher^f, Matthias Berger^g, Katia Boggian^h, Philip Tarr^{a,c}

^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Kinder- und Jugendmedizin, Klinik Arlesheim, Arlesheim BL; ^c Nationales Forschungsprogramm NFP74 Impfskepsis; ^d Allgemeine Innere Medizin FMH, Seepraxis, Au ZH; ^e Allgemeine Innere Medizin FMH, FA Homöopathie (SVHA), Richterswil ZH; ^f Allgemeine Innere Medizin FMH, SKEMA Arztpraxis, Uster ZH; ^g Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Toffen/BE; ^h Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

* = Ces auteurs ont contribué de manière équivalente au manuscrit.

Introduction et épidémiologie

La plupart des Suisses ont contracté la varicelle dans leur enfance [1–4]. Ensuite, le virus varicelle-zona (VVZ) persiste toute la vie dans les ganglions nerveux sensoriels spinaux et cérébraux. La diminution de l'immunité cellulaire spécifique au VVZ avec l'âge (immunosénescence) et l'immunosuppression (médicamenteuse, due à la maladie) peuvent entraîner une réactivation du VVZ, qui se manifeste cliniquement par un zona (fig. 1). Parmi les complications, on compte surtout la névralgie post-herpétique (NPH).

Depuis 2021, un nouveau vaccin inactivé contre le zona est disponible (Shingrix®) [2, 5–11]. Le Shingrix® est apprécié par les clients âgés et est souvent demandé, même sans information médicale. Nous souhaitons ici fournir des informations aussi équilibrées que possible sur le zona et le Shingrix® afin d'aider nos collègues dans leurs conseils en matière de vaccination.

Quelle est la fréquence du zona?

Le risque au cours d'une vie est de 10–30% et augmente jusqu'à 50% chez les personnes de plus de 85 ans [12–14] (fig. 2). Le zona n'est pas rare non plus chez les moins de 50 ans et,

pour des raisons peu claires, il est environ 40% plus fréquent chez les femmes [15, 16] et environ deux fois moins fréquent chez les personnes noires que chez les personnes blanches [17].

L'incidence du zona est-elle en augmentation?

Oui, le zona est en nette augmentation depuis plus de 50 ans, dans de nombreux pays [18], surtout chez les 30–60 ans [19]. La raison de cette augmentation n'est qu'en partie le vieillissement de la population [20, 21].

La vaccination contre la varicelle des jeunes enfants entraîne-t-elle une augmentation du zona?

C'est ce que l'on a longtemps craint. Des nouvelles études montrent clairement que les jeunes enfants vaccinés contre le VVZ font nettement moins de zona par la suite (un article à ce sujet sera publié dans le PHC en 2024) [22–25].

Outre l'âge, quels sont les facteurs de risque du zona?

Le zona est le plus susceptible d'augmenter en relation avec des facteurs de risque tels que

Série Infectiologie

Dans la pratique, les infections et les défenses immunitaires sont des thèmes centraux. Ils offrent d'excellentes opportunités de collaboration interdisciplinaire, de vérification de concepts courants et d'intégration de méthodes des médecines complémentaires. Philip Tarr est interniste et infectiologue à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, et il mène un programme national de recherche PNR 74 sur le scepticisme vis-à-vis des vaccins. Il attache beaucoup d'importance à une médecine centrée sur les patients ainsi qu'à des articles pertinents pour la pratique, que nous allons publier régulièrement dans cette série du *Primary and Hospital Care*.



l'immunosuppression et les comorbidités comme la BPCO, l'asthme ou la polyarthrite rhumatoïde [17, 26, 27], un stress accru [28, 29] et une mauvaise alimentation (peu de fruits et de légumes) [30]. D'autres facteurs ne montrent pas de lien cohérent avec le risque de zona, par exemple la pratique régulière de sport (une activité physique intense peut avoir un effet immunosuppresseur) [31], le diabète, le tabagisme, l'alcool, le statut socio-économique, la dépression et d'autres événements stressants de la vie [17, 27].

Les enfants et les adolescents peuvent-ils aussi contracter le zona?

Oui, rarement cela arrive même dans les premières années de vie [32]. Le principal facteur de risque est une infection par la varicelle intra-utérine ou durant la première année de vie (l'immaturation du système immunitaire ou les anticorps anti-VVZ acquis par la mère réduisent la mise en place d'une immunité robuste contre le VVZ). L'évolution est généralement simple [33, 34]. Si le zona se présente de manière typique (tab. 1), qu'il évolue sans complications et que l'anamnèse et le statut ne révèlent aucun signe d'immunosuppression ou de malignité, il n'est pas nécessaire de procéder à des examens complémentaires (comme par exemple un scanner thoracique/abdominal pour rechercher une malignité) [32]. En revanche, un test VIH doit être envisagé [35].

Le Covid ou le vaccin contre le Covid augmente-t-il le risque de zona?

Il n'y a pas d'augmentation du risque après une infection au Covid [34]. Certaines études documentent un lien avec la vaccination

contre le Covid [36, 37], d'autres non [36, 38]. Deux grandes analyses nationales menées en Allemagne et en Corée démontrent désormais un risque accru de zona après une vaccination contre le Covid [39, 40]. La réactivation du zona après une infection ou une vaccination est un phénomène bien connu, probablement lié à la stimulation de la réaction immunitaire (à «l'autre» agent pathogène respectivement à la vaccination) et à un affaiblissement temporaire de l'immunité à médiation cellulaire du VVZ.

Clinique et diagnostic

(fig. 1, tab. 1)

Quel est le degré de certitude d'un diagnostic clinique de zona?

En présence de symptômes typiques, le diagnostic est clinique. Mais, ce qui peut surprendre, la certitude diagnostique n'est que d'environ 60–90% [8, 41, 42].

Le zona peut-il se manifester sans éruption cutanée?

Oui, c'est la raison la plus fréquente d'incertitude diagnostique, c'est-à-dire lorsque l'éruption n'est *pas encore* visible et qu'une autre cause pourrait expliquer les douleurs (par ex. appendicite aiguë, hernie discale [43, 44]) ou qu'il existe une méningite zostérienne. Ce zona dit *sine herpette* peut retarder le début du traitement antiviral et augmenter ainsi le risque de NPH [44, 45]. L'évolution clinique permet de clarifier la situation si les lésions cutanées apparaissent tout de même le 2^{ème} ou le 3^{ème} jour ou si le test PCR-VVZ dans le LCR est positif [46].

Quand faut-il faire un diagnostic de laboratoire?

En cas d'éruptions peu claires ou atypiques (non- ou multidermatomiques ou disséminées [47]): faire un test PCR à bas seuil à partir du contenu des vésicules [8]. Un diagnostic différentiel important est le virus de l'herpès simplex (HSV; lésions similaires, parfois distribution dermatomale) [8, 48]. En conséquence, le diagnostic n'est pas très avantageux (PCR pour VVZ, HSV-1 et HSV-2 = 153+35+35 = 223 points de taxe [49, 50]). Les autres diagnostics différentiels sont l'impétigo, la candidose, la dermatite de contact, les piqûres d'insectes, la formation de vésicules auto-immunes, la dermatite herpétiforme et les éruptions médicamenteuses [51].

Quelle est la fréquence des récurrences de zona?

Un deuxième épisode de zona survient chez environ 5 à 6% des patient(e)s atteint(e) de zona [20] – les facteurs de risque sont l'immunosuppression, l'âge supérieur à 50 ans, le sexe féminin, et les douleurs associées au zona pendant plus de 30 jours [52]. Les récurrences multiples sont en revanche très rares [12, 53] et beaucoup plus typiques d'une infection à HSV [8, 48]: dans ces cas, le diagnostic par PCR en vaut la peine.

Névrалgie post-herpétique (NPH)

Quelle est la fréquence de la NPH?

La NPH ne survient pratiquement que chez les personnes de plus de 50 ans. Le risque augmente nettement avec l'âge (fig. 2) [20, 21, 54–57]: Environ 8% des personnes de 50 à 54

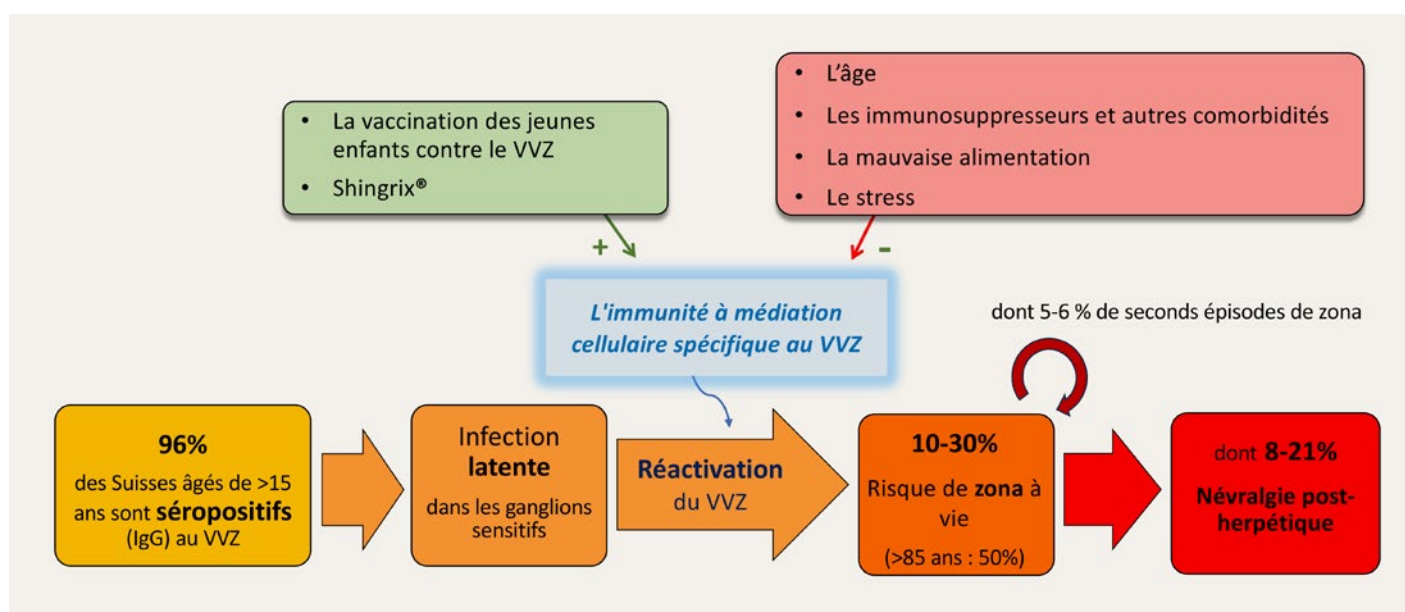


Figure 1: Evolution naturelle de la varicelle et vaccination contre la varicelle pendant l'enfance et facteurs contribuant au zona [3, 12–14, 56].

ans atteintes de zona et environ 20% des personnes de plus de 80 ans [57].

Combien de temps dure la NPH?

La NPH peut durer de quelques semaines à quelques années [2]: Chez 20 à 50% des patient(e)s elle dure plus d'un an [20, 58, 59]. Chez les patients plus âgés et si les douleurs du zona sont intenses, la NPH a tendance à durer plus longtemps [57, 60].

Existe-t-il une prévention?

Oui, un traitement antiviral précoce (dans les 72 heures suivant le début de l'éruption) réduit le risque de NPH [45]. Nous recommandons de poser des indications généreuses et pragmatiques: surtout chez les patients âgés ou immunodéprimés, nous recommandons de commencer le traitement antiviral même 4–5 jours après le début de l'éruption. En outre, les médecins intégrateurs ont l'expérience de la médecine complémentaire: par exemple, l'injection locale s.c. d'Aconitum comp. (Wala; 3.90 CHF par ampoule) dans la zone du ganglion concerné dans le but d'empêcher une NPH. Les injections (quotidiennes ou tous les deux jours pendant quelques jours) peuvent être effectuées sans connaissances préalables particulières, par exemple par l'AM instruit(e) ou par des proches [61, 62].

Quel soulagement des symptômes est recommandé en cas de NPH?

Les antidépresseurs et les anticonvulsifs ne sont guère utilisés. La prégabaline s'est imposée comme traitement de choix [63]. En raison du risque de fatigue, n'augmenter la dose que lentement: commencer par 25–75 mg 2× par jour, ne pas doubler la dose plus rapidement que tous les 3–7 jours; dose journalière maximale 600 mg [8, 64, 65]. En cas de GFR <60, commencer par 25 mg 2×/jour et dose maximale journalière de 300 mg [64]. Des thérapies locales avec des patchs de lidocaïne peuvent également être utilisées. Avec les opioïdes, nous recommandons la retenue (potentiel d'addiction en raison de la longue durée attendue du traitement) [51].

Prévention du zona (tab. 2)

Puis-je réduire mon risque de zona sans me faire vacciner?

Concernant le stress et l'alimentation: voir ci-dessus. Selon la théorie du «booster», l'immunité spécifique au VVZ est stimulée par des expositions répétées à la varicelle. Par exemple, les pédiatres [66] et les adultes avec enfants [67] ont une incidence de zona légèrement inférieure à celle des médecins généra-

Tableau 1: Fiche signalétique du zona

Agent pathogène: virus varicelle-zona (VVZ)

Période d'incubation:

Généralement de nombreuses années. Contamination le plus souvent dans l'enfance (naturelle ou via la vaccination atténuée contre le VVZ vivant (recommandée depuis le 1.1.23 dans le plan de vaccination), persistance à vie dans les ganglions nerveux spinaux et cérébraux sensoriels [8].

Phase prodromique:

Troubles généraux (fatigue, fièvre, abattement), douleurs, démangeaisons, paresthésies et engourdissement dans le dermatome concerné [8]. Atteint trois quarts des patient(e)s [43], douleurs locales environ 2 à 3 jours avant les lésions cutanées [48].

Exanthème typique:

- Limité à un côté du corps et à un dermatome
- Vésicules groupées sur une peau rouge
- Guérison croûteuse des vésicules après 5–7 jours [130].

Symptômes accompagnants: fièvre, maux de tête, douleurs articulaires, fatigue

Dermatomes les plus fréquents: thoracique (55%), région du trijumeau (20%), lombaire (13%) [8].

Durée:

- **Zona:** typiquement, les vésicules forment une croûte au bout de 7 à 10 jours et l'éruption disparaît complètement en 2 à 4 semaines [131]. 20% des plus de 60 ans souffrent encore de complications après un an, telles que des NPH et des problèmes moteurs segmentaires, par exemple des hernies de la paroi abdominale ou un dysfonctionnement de la vessie [8].
- **Méningite zostérienne:** évolution généralement bénigne, traitement par Valaciclovir PO et Aciclovir IV [132]
- **Névrалgie post-herpétique:** voir texte

Épidémiologie

Prévalence: le risque de zona sur la vie entière est actuellement 10–30% (personnes de plus de 85 ans: 50%) [12–14]

- Quel est le **degré de contagion** du zona? Environ deux fois moins contagieux que la varicelle [46].
- Qui **ne peut pas** (plus) être infecté? Les personnes ayant déjà eu la varicelle ou ayant été vaccinées contre la varicelle.
- Qui **peut** être infecté? Les personnes, généralement les enfants, qui n'ont pas encore été infectés par le VVZ ou vaccinés.
- Contagion de quelle manière? Par contact direct («infection par contact») via des vésicules éclatées.
- Contagion jusqu'à quand? Jusqu'à la formation d'une croûte sur toutes les lésions, soit environ 7 à 10 jours [14].

Diagnostic

- En cas de présentation typique: diagnostic clinique
- En cas de doute: test PCR (ADN du VVZ, éventuellement aussi HSV-1 et -2) à partir du contenu d'une vésicule [8].

Diagnostics différentiels: En particulier le virus de l'herpès simplex (HSV-1 surtout en cas d'éruption dans la région de la tête/du cou et HSV-2 surtout en cas d'éruption dans la région lombo-sacrée) [8].

Thérapie

Pour 7 jours p.o.: Valaciclovir 1000 mg 3×/jour, Famaciclovir 500 mg 3×/jour, Brivudin (Brivex®) 125 mg 1×/jour

- **Patient(e) immunodéprimé(e):** prolonger la durée du traitement éventuellement, si aucune tendance claire à la guérison n'apparaît après 5–7 jours.
- En cas **d'évolution grave** (p.ex. zona ophtalmique): Adultes: Aciclovir 10–15 mg/kg i.v. toutes les 8h pendant 10–14 jours, enfants <12 ans: Aciclovir 10–20 mg/kg i.v. toutes les 8h pendant 7 jours [48].



listes et des adultes sans enfants; la différence est toutefois relativement faible, et nettement inférieure à l'effet protecteur du Shingrix® [68–70]. En outre, l'incidence plus élevée du zona chez les femmes (plus de contacts avec des enfants que chez les hommes) et le risque non accru de zona chez les moines et les nonnes (vivant dans un isolement relatif) [71] plaident contre un effet protecteur important des expositions naturelles à la varicelle.

Dois-je vacciner avec Zostavax® ou Shingrix®?

Nous nous joignons à la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) et recommandons clairement seul le Shingrix® [2] car l'effet protecteur est nettement meilleur et plus durable [5, 6]. En revanche, Shingrix® provoque plus de réactions vaccinales locales et systémiques que Zostavax® [5, 9, 72].

Et si quelqu'un préfère le Zostavax®?

Les patients doivent être immunocompétents, âgés de 65 à 79 ans [2, 73] et savoir que seul le Shingrix® est pris en charge par l'assurance maladie [74].

Dois-je faire une sérologie VVZ avant de vacciner?

Non, ce n'est pas recommandé pour déterminer le besoin de vaccination [2], car presque tous les adultes de plus de 50 ans ont des anticorps IgG VVZ (AC). Les AC au VVZ doivent être contrôlés avant un traitement immunosuppresseur ou une transplantation d'organe: en cas de séronégativité, la vaccination contre la varicelle est recommandée et en cas de séropositivité, le Shingrix® [75].

À qui l'OFSP recommande-t-il Shingrix®?

Toutes les personnes en bonne santé de 65 ans et plus, en particulier celles qui veulent se protéger contre une maladie qui n'est pas rare (NPH) et qui peut parfois malheureusement durer des mois [6] (tab. 2). Dès 50 ans en cas d'immunodéficience *légère* et dès 18 ans en cas d'immunodéficience *sévère* [2].

Shingrix® a-t-il également un effet «thérapeutique», c'est-à-dire le NPH guérit-il plus rapidement grâce à lui? Malheureusement non [76, 77].

Ma patiente a eu un zona et une NPH pénible. Dois-je lui recommander Shingrix®?

Un zona passé n'est pas une contre-indication au Shingrix® [2, 10, 78]. L'objectif serait de prévenir un deuxième épisode de zona [20, 79]. Les données disponibles sont toutefois limitées [6, 80]. L'OFSP et les autorités améri-

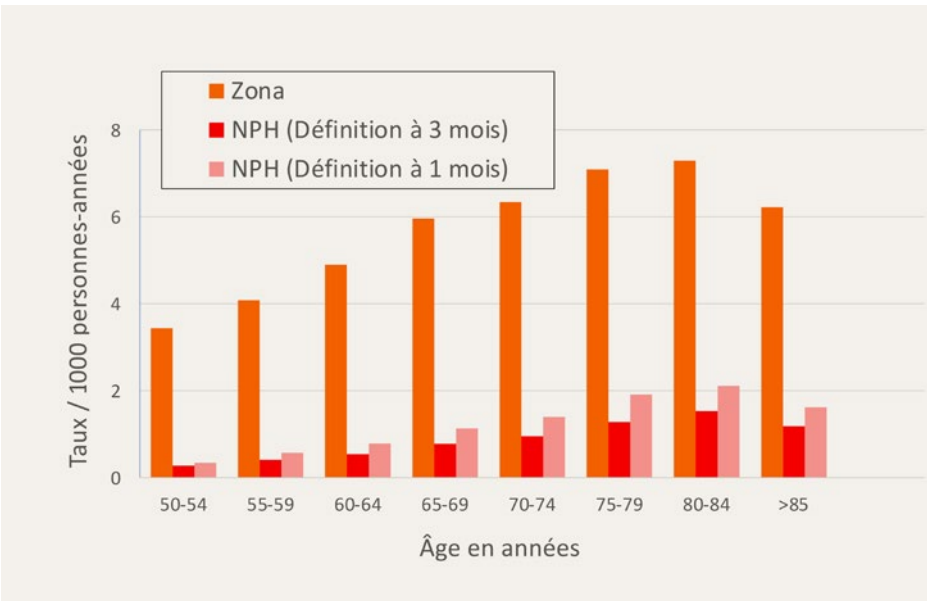


Figure 2: Incidence du zona et de la névralgie post-zostérienne (NPH) en Angleterre [57]. L'incidence de la NPH varie en fonction de la définition (durée de la douleur d'au moins 1 ou 3 mois); dans le graphique, nous montrons le taux de NPH chez les patient(e)s atteint(e)s de zona.

Tableau 2: Vaccin Shingrix®	
	SHINGRIX®
Type de vaccin	Vaccin inactivé
Substance active	50 µg d'antigène glycoprotéine E (gE) du VZV [2]
Adjuvant	Oui, ASO1B (50 µg de Quillaja saponaria Molina, 50µg d'un monophosphoryllipide A) [2]
Autorisé en CH depuis	2021
Prise en charge des coûts par l'assurance de base	Oui, depuis le 01.02.2022 [74]
Recommandation OFSP/CFV	1) Personnes en bonne santé de 65 ans et plus 2) Immunodéficience (p. ex. VIH, patient(e)s juste avant, pendant et après un traitement oncologique ou en cas de diabète de type 1 insuffisamment contrôlé): à partir de 50 ans 3) Immunodéficience grave (transplantation d'organes ou de cellules souches hématopoïétiques, hémopathies malignes): à partir de 18 ans [2].
Objectifs de la vaccination	Prévention Zona et NPH • Moins d'utilisation d'antiviraux et d'analgésiques • Réduction des coûts de santé [2]
Dosage	Deux doses i.m. à 2–6 mois d'intervalle • Si l'intervalle est >6 mois, donner simplement la 2 ^e dose, ne pas recommencer la série de vaccinations depuis le début [108]
Effets secondaires locaux	• Douleur au point d'injection (environ 83%) • Rougeur ou gonflement au point d'injection (environ 1 sur 3 personnes) [6, 9]
Effets secondaires systémiques	• Fatigue pendant 1 à 2 jours (environ 1 sur 2) [9] • Fatigue intense, faiblesse générale, restrictions dans la vie quotidienne (5–9%) [9]
Prix du public	174.50 CHF par dose [74], (Zostavax®: env. 160 CHF par dose [133])
Contre-indication	• Hypersensibilité aux composants du vaccin • Grossesse

Tableau 3: Efficacité du Shingrix®

	Études en vue d'autorisation*	Études «de tous les jours»**
Protection contre le zona	Étude sur les plus de 50 ans [80]: 97% Durée médiane d'observation 3,1 ans après la vaccination Étude dans le groupe d'âge plus de 70 ans [6]: 90% Durée médiane d'observation 3,7 ans après la vaccination Les deux études ensemble [63]: • Année 1 après la vaccination: 98% • Année 6 après la vaccination: 89% • Années 9 et 10 après la vaccination: 73%	Tous les participants de l'étude: 70% [90] Durée médiane d'observation 7 mois après la vaccination • Groupe d'âge 65–79: 71% • Groupe d'âge 80+: 69% • Personnes immunodéprimées: 64% • Zona ophtalmique: 67% • NPH: 76% Tous les participants de l'étude: 86% [89] Durée médiane d'observation 7 mois après la vaccination • Groupe d'âge 50–79 ans: 87% • Groupe d'âge 80+: 80%
Protection contre la NPH	88% [6]	76% [90]

* Études contrôlées contre placebo réalisées par le fabricant du vaccin et ayant conduit à l'autorisation des autorités: [6] observées pendant 3,2 ans après la vaccination, [80] observées pendant 3,7 ans après la vaccination.

** Études épidémiologiques post-autorisation à grande échelle [89, 90] en moyenne 7 mois d'observation après la vaccination.

caines ne recommandent pas de «délai d'attente» et mais recommandent les 2 doses habituelles de Shingrix®, par contre l'épisode de zona actuel doit être guéri [81–83]. Au Canada et en Nouvelle-Zélande, il est recommandé d'attendre 12 mois (en cas d'immunosuppression: 3 mois) [82, 83].

Quelle est l'efficacité de Shingrix®?

Shingrix® est un bon vaccin, mais pas un vaccin miracle. Les études d'autorisation de mise sur le marché ont inclus des personnes âgées de 50 ans et plus, sans antécédents de zona, sans vaccination préalable contre le VVZ ou le zona, immunocompétentes, sans autres

maladies susceptibles de réduire l'efficacité du vaccin [6]. Dans de grandes études épidémiologiques portant sur des patients moins sélectionnés et correspondant davantage à la pratique quotidienne, le Shingrix® s'est révélé nettement moins efficace (tab. 3). Le «Number needed to vaccinate» pour prévenir un cas de zona est d'environ 31 (études d'autorisation) et de 82 à 138 (études de «tous les jours», après la mise sur le marché) (fig 3). Le Shingrix® semble en outre réduire le risque légèrement accru d'infarctus du myocarde [84] ou d'attaque cérébrale [85] après un zona.

Quelle est la durée de la protection vaccinale? Faut-il des doses de rappel?

Ce point n'est pas encore clair. Dans les études d'autorisation, la protection était de 97% durant la première année après la vaccination et diminuait avec le temps (tab. 3) [86]. L'OFSP ne recommande actuellement pas de doses de rappel [2, 10, 87]. Fait encourageant: 10 ans après le Shingrix®, les taux d'anticorps et l'immunité à médiation cellulaire spécifique au VVZ sont stables (dans des études relativement petites portant sur 70 sujets) [88].

Shingrix® : Number needed to Vaccinate (NNV) pour prévenir 1 cas de zona*.

Non vaccinés →  → 2x Vaccinés

Études «en vue d'autorisation», observation à long terme (Strezova et al. [86])

- ZOE-50 et -70 ensemble - durée d'observation d'au moins 4 ans et jusqu'à 10 ans, âge moyen d'environ 67 ans
- Efficacité relative sur toute la durée de l'étude : 81.6%.
- Efficacité relative au cours de la première année : 97.7% (fréquence du zona au cours de la première année : 0.94% chez les personnes non vaccinées, 0.02% chez les personnes vaccinées)

Fréquence du zona 3.89 % 0.72 % **NNV = 31.5**

Étude «de tous les jours» (Sun et al. [89])

- Durée d'observation médiane de 7,0 mois, âge moyen d'environ 65 ans
- Efficacité relative : 87,8 %

Fréquence du zona 1.40 % 0.17 % **NNV = 81.6**

Étude «de tous les jours» (Izurieta et al. [90])

- Durée d'observation médiane de 7,1 mois, âge moyen d'environ 74 ans
- Efficacité relative : 70 %

Fréquence du zona 1.03 % 0.31 % **NNV = 138**

(tous les patients)

• Âge 65-69 ans :	1.01 %	0.30 %	NNV = 140
• Âge 80+ :	1.10 %	0.36 %	NNV = 134
• Immunodéprimés :	1.72 %	0.59 %	NNV = 88

Exemple de lecture :

Pour éviter un cas du zona, il faudrait vacciner environ 81 personnes âgées d'environ 65 ans.

* Le Number needed to vaccinate (NNV) se calcule comme suit :
100 divisé par la différence de risque absolue en %, soit
 $100 : (1.40 - 0.17) = 81.6$

Figure 3: Note de bas de page: Shingrix®: Number needed to Vaccinate (NNV) pour prévenir 1 cas de zona.

Shingrix® protège-t-il aussi les personnes âgées?

Oui, dans les études sur la vie quotidienne, la protection était inférieure de moins de 5 points de pourcentage chez les personnes âgées par rapport aux plus jeunes [80, 89, 90] – contrairement, par exemple, au vaccin contre la grippe, qui n'est que faiblement efficace chez les plus de 65 ans [91, 92].

Ma patiente est restée au lit après la 1^{ère} dose de Shingrix® et ne veut pas de 2^{ème} dose. Que dois-je lui conseiller?

L'effet protecteur publié n'est atteint que si les deux doses de vaccin sont administrées. Exemple tiré d'une étude «de tous les jours»: 57% de protection contre le zona après la première dose de vaccin; 70% de protection après la deuxième dose [90].

Puis-je au moins m'attendre à ce que la deuxième dose soit mieux tolérée?

Malheureusement, non. Les douleurs musculaires et la fièvre ont tendance à être plus fréquentes après la deuxième dose qu'après la première [93, 94].

Le Shingrix® est-il rentable?

Non, la vaccination est trop chère pour cela [95–98], mais pas dans toutes les études [99]. Les méta-analyses [100] et les modélisations du fabricant du vaccin montrent des chiffres impressionnants d'hospitalisations et de consultations médicales évitables par le vaccin, calculés sur la durée de vie restante [96, 98, 101, 102]. Le rapport coût-efficacité semble être plus élevé (risque de zona plus élevé) chez les personnes âgées de plus de 70 ans et chez les femmes [103].

Si j'attrape un zona malgré le Shingrix®, puis-je m'attendre à une évolution moins grave?

Oui, le zona devrait être plus court et moins sévère [104], et les NPH moins fréquentes [94].

Dois-je vacciner les enfants avec Shingrix®?

Non. Shingrix® n'a pas été testé chez les enfants et l'autorisation de mise sur le marché à partir de 18 ans ne s'applique qu'en cas d'immunodéficience sévère. Shingrix® ne remplace pas le vaccin contre la varicelle [2, 11].

Puis-je administrer Shingrix® en même temps que d'autres vaccins?

Oui [2, 105–107], injecter l'autre vaccin sur l'autre muscle deltoïde [108, 109].

Mon patient de 68 ans a été vacciné avec Zostavax® il y a 4 ans et souhaite maintenant recevoir Shingrix®. Est-ce possible?

Oui, le Zostavax® doit remonter à au moins deux mois, et l'OFSP recommande également à ces personnes de prendre deux doses de Shingrix® [2].

Le Shingrix® protège-t-il contre le Covid-19?

Un petit effet pourrait effectivement exister [37], peut-être en raison de l'adjuvant [110]. De tels effets favorables contre «d'autres» agents pathogènes ont également été décrits pour le vaccin contre la grippe [111] et le Prevenar-13 [112].

Shingrix®: Sécurité

Les effets secondaires sont-ils fréquents?

Les réactions vaccinales *locales et systémiques* sont plus fréquentes qu'après d'autres vaccinations (tab. 1) [2]. Les symptômes *systémiques* tels que la fatigue sont plus de deux fois plus fréquents qu'avec le Zostavax® [72], concrètement chez environ la moitié des personnes vaccinées [9] et devraient disparaître en l'espace de 1 à 2 jours [6]. Chez 5 à 9% des vaccinés, les symptômes sont si importants qu'ils sont temporairement limités dans leurs activités quotidiennes normales [9].

Y a-t-il des problèmes de sécurité? Le Shingrix® peut-il causer des dommages graves?

Les études d'autorisation de mise sur le marché n'ont pas révélé de problèmes de sécurité particuliers, et les autorités ont donc autorisé Shingrix® (EMA: 2018 [113], Swissmedic: 2021 [114]). Les grandes études «de tous les jours» démontrent également un bon profil de sécurité [6, 9, 80, 86, 88] et l'absence d'effets secondaires graves. Cependant, il existe probablement un lien entre le Shingrix® et le syndrome de Guillain-Barré (SGB) [115, 116]. On estime que Shingrix® provoque 3 à 6 cas de SGB par million de personnes vaccinées deux fois et prévient, selon le groupe d'âge, 30 000 à 61 000 cas de zona [117, 118]. Des rapports de cas décrivent un lien entre Shingrix® et l'uvéïte, la nécrose rétinienne aiguë, les réactions auto-immunes cutanées et la thrombocytopénie immunitaire – mais il n'existe aucune étude à grande échelle confirmant la causalité [119–123].

Que fait «l'adjuvant» dans Shingrix®?

Les adjuvants sont des renforceurs d'action immunologique qui sont ajoutés à certains vaccins depuis les années 1920 (par ex. les sels

d'aluminium) parce qu'ils «améliorent» la réponse immunitaire à la vaccination en termes de force et d'expression [9, 124].

L'adjuvant ASO1_B dans Shingrix® est composé d'un extrait végétal (QS-21, de *Quillaja saponaria Molina*), qui stimule les lymphocytes CD8⁺ cytotoxiques et la réponse anticorps spécifique, et de *monophosphoryl-lipide A*, une forme détoxifiée de l'endotoxine lipopolysaccharide, qui active le système immunitaire inné [125]. Cela pourrait augmenter l'efficacité, en particulier chez le groupe cible plus âgé [126] [9].

L'adjuvant a-t-il une influence sur les effets secondaires?

Oui, en effet il n'améliore pas seulement la réponse immunitaire, mais il provoque aussi plus de réactions vaccinales que si l'adjuvant n'était pas présent [9, 72].

Puis-je vacciner les personnes immunodéprimées avec Shingrix®?

Oui, c'est possible, contrairement au Zostavax® (vaccin vivant) [2]. Il faut s'attendre à un effet protecteur un peu plus faible [2, 127]. Ainsi, dans une étude «de tous les jours», la protection contre le zona était de 64% chez les personnes immunodéprimées et de 70% chez les personnes immunocompétentes [90]. Même après une transplantation autologue de cellules souches, Shingrix® s'est révélé étonnamment efficace (43–85%) [128]. Les effets secondaires ne se sont pas multipliés et le Shingrix® ne «provoque» pas de zona [127]. Pour obtenir plus rapidement une protection vaccinale, on peut déjà administrer la deuxième dose après 1 à 2 mois [2, 108, 129].

Conflict of Interest Statement

Les auteur(e)s ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Correspondance

Prof. Dr. med. Philip Tarr
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
philip.tarr[at]unibas.ch



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse
<https://doi.org/10.4414/phc-f.2023.1262330095>.