

Nouvelle recommandation depuis le 1.1.2023

Vaccination des nourrissons et des jeunes enfants contre la varicelle

Depuis le 1.1.2023, l'OFSP et la CFV recommandent désormais la vaccination «universelle» des nourrissons à 9 et 12 mois contre la varicelle sous la forme d'un vaccin vivant combiné atténué rougeole-oreillons-rubéole-varicelle (RORV). L'OFSP souhaite ainsi réduire la morbidité de l'infection primaire par la varicelle, protéger les groupes vulnérables (qui ne peuvent pas être vaccinés) et, à long terme, diminuer l'incidence du zona. Cette nouvelle recommandation de vaccination répond-elle à un important besoin épidémiologique ou clinique ou s'agit-il plutôt d'une recommandation de *style de vie*?

Nicole Gysin^{a,b}; Bernhard Wingeier^{c,d}; Benedikt M. Huber^{d,e}; Jürg Streuli^{a,m}; Simon Fluri^f; Raffael Guggenheim^{a,h}; Caesar Gallmann^{i,j}; Gisela Etter^{i,l}; Klara Posfay-Barbe^k; Philip Tarr^{a,l}

^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Departement Pharmazeutische Wissenschaften, Universität Basel; ^c Kinder- und Jugendmedizin, Klinik Arlesheim, Arlesheim; ^d Zentrum für Integrative Pädiatrie, Klinik für Pädiatrie, HFR Fribourg – Kantonsspital, Fribourg; ^e Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen; ^f Pädiatrie & Neonatologie FMH, Spital Wallis; ^g Kinder- und Jugendmedizin FMH, Zürich; ^h Kinderklinik, Stadtspital Triemli, Zürich; ⁱ Allgemeine Innere Medizin FMH, Au ZH; ^j Allgemeine Innere Medizin FMH, FA Homöopathie (SVHA), Richterswil ZH; ^k Unité des maladies infectieuses pédiatriques, Hôpital des Enfants; Hôpitaux Universitaires de Genève; ^l Nationales Forschungsprogramm NFP74 zu Impfskepsis; ^m Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Introduction

Jusqu'à la fin de l'année 2022, le concept de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) était que les enfants subissent «naturellement» la varicelle en tant que maladie infantile. La vaccination n'était recommandée que pour les enfants à risque (p.ex. dermatite atopique) et, de manière générale, à partir de 11 ans si l'enfant n'avait pas eu la varicelle, et ce afin d'éviter la varicelle à un âge moins favorable, c'est-à-dire à partir de 16 ans [39, 40]. Sur la base de notre expérience en matière de conseil en vaccination et de recherche dans le cadre du Programme national de recherche PNR74 sur la vaccino-hésitation [41–46] nous souhaitons discuter ici les points de vue importants concernant la nouvelle recommandation de l'OFSP d'une vaccination universelle contre le virus varicelle-zona (VVZ) chez les nourrissons et les jeunes enfants [2]. Nous tenons notamment compte des remarques critiques des collègues qui s'interrogent sur l'importance de la nouvelle recommandation de vaccination. En tenant compte des différents points de vue, nous souhaitons favoriser la compréhension mutuelle [49], la formation de sa propre opinion et les conseils nuancés en matière de vaccination.

La varicelle: épidémiologie et clinique Quelle est la fréquence de la varicelle et comment évolue-t-elle habituellement?

En moyenne, 86 000 enfants naissent chaque année en Suisse et environ 80 000 enfants contractent la varicelle chaque année [16]. L'évolution est généralement bénigne [2, 16, 24] avec peu de fièvre et un bon état général. Jusqu'à ce que toutes les vésicules soient recouvertes de croûtes, les enfants devraient rester à la maison et éviter les efforts physiques excessifs et la surcharge sensorielle par les médias numériques. Les démangeaisons, parfois prononcées, qui persistent pendant environ 5 jours sont éprouvantes pour les enfants et les parents, mais elles peuvent généralement être bien traitées (encadré 1).

Quelles sont les complications?

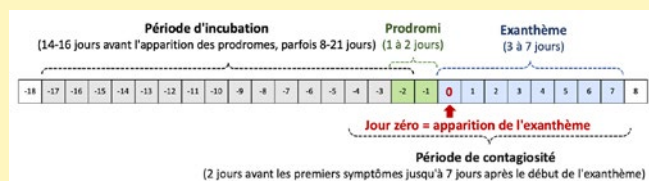
Des infections cutanées bactériennes secondaires ne surviennent qu'occasionnellement. 0,1 à 0,2% des enfants sont hospitalisés [2, 16, 24]. Selon l'OFSP [16] 25% des enfants malades consultent un médecin, généralement en raison de démangeaisons, de fièvre ou d'infections bactériennes secondaires (encadré 1). Les infections respiratoires virales et la varicelle sont bien établies comme facteurs déclenchants pour les infections invasives

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 a mené un programme national de recherche PNR 74 sur la vaccino-hésitation. 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*.



Encadré 1: Varicelle: l'essentiel en bref



Clinique [1–3, 9]

Période d'incubation: 8–21 jours (généralement 14–16 jours)

Prodromes: symptômes généralement non spécifiques: malaise, maux de tête et douleurs articulaires, fièvre; pendant 1 à 2 jours (toux, éternuements inhabituels) [1–3, 9, 17]

Symptômes: Asymptomatiques dans environ 5% des cas [33].

Éruption: papuleuse → vésiculeuse, prurigineuse: différents stades simultanés (par poussées, 250–500 lésions [16], «ciel étoilé», croûtes);

• Début sur le tronc et le visage → extrémités et muqueuses

• Durée 3–7 jours [15, 30, 35]

Risque accru de complications: ≥16 ans, immunodéficience, grossesse [15, 35]

Complications: Rares chez les enfants en bonne santé

• Infections bactériennes secondaires (généralement Staph. aureus ou Strep. pyogenes); érysipèle; phlegmon [5, 6, 9, 48, 51–58, 96–98]

• Neurologique (cérébelle: ataxie, dysarthrie, vertiges [32, 47], généralement évolution bénigne [5, 48]), encéphalite (confusion, comportement bizarre, troubles de la conscience, méningisme, convulsions) [2, 9, 19]

• formation de cicatrices dues au grattage des lésions qui démangent [1]

• très rare: hépatite, thrombocytopénie, néphrite, arthrite, myocardite, péricardite, pancréatite, orchite [5, 16]

Complications chez les adultes: Beaucoup plus fréquentes

• Cicatrices, pneumonie varicelleuse, encéphalite, myélite [5, 18, 37, 48]

Complications fœtales en cas de varicelle pendant la grossesse:

• Varicelle au 1^{er} et 2^{ème} trimestre: les fausses couches peuvent être plus fréquentes; 0,4–2% des nouveau-nés présentent un syndrome de varicelle congénitale (parfois grave) [5], avec de possibles lésions cutanées cicatricielles, un poids insuffisant, des anomalies du squelette, des maladies oculaires et des lésions du SNC; environ 15% de ces enfants connaissent déjà un zona au cours des 4 premières années de leur vie [1, 3, 5, 8, 9, 20, 50]

• Varicelle 1–4 semaines avant la naissance: jusqu'à 50% des nouveau-nés sont infectés, dont environ 1/4 développent une varicelle clinique; à partir de la 20^{ème} semaine, très rarement varicelle congénitale [1, 3, 5, 8, 9, 16, 20, 50]

• Varicelle 5 jours avant à 2 jours après la naissance: le risque de complications graves chez le nouveau-né est le plus élevé; risque de mortalité d'environ 30%, nettement plus faible avec l'immunoglobuline VZV [1, 5, 8, 9, 20, 50]

Épidémiologie

Contagiosité: hautement infectieuse [16, 30]; transmission par contact direct pendant ≥5–60 minutes [1, 6, 15, 20]; par le liquide vésiculaire [30, 36], rarement par voie respiratoire [25] ou par la conjonctive [3, 9]. La varicelle est considérée comme environ cinq fois plus contagieuse que le zona [6]

Durée de la transmissibilité: jusqu'à 5–7 jours après le début de l'exanthème; après environ 5 jours, les vésicules forment des croûtes qui ne sont pas contagieuses; [2, 9] La contagiosité (respiratoire) 1–2 jours avant le début de l'éruption est récemment mise en doute, mais n'est pas exclue [17]

Diagnostic [1–3, 9, 63]

En cas d'aspect typique: diagnostic clinique [16]

Sérologie IgG anti-VVZ: en principe pas recommandée, uniquement en cas de statut vaccinal incertain, d'antécédents de varicelle peu clairs, chez les personnes immunodéprimées, femmes enceintes [2, 38]. IgG détectables environ à partir du 3^{ème}–4^{ème} jour de l'éruption [1, 5, 6, 25, 35]

Détection directe du virus: PCR (détection de l'ADN du VVZ [3], méthode la plus sensible); Matériel d'examen: contenu des vésicules, lésions cutanées, LCR, tissus, sang EDTA; liquide amniotique, sang fœtal [5, 6, 25, 30, 35]

Diagnostic différentiel:

- Zona: clinique typique (répartition dermatomique), douloureux [31, 45]
- Réactions allergiques (surtout syndrome de Stevens-Johnson) [35]
- Herpès simplex [3, 35], entérovirus [35], pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA) [3, 35], psoriasis guttata [35]
- Nouveau-nés: syphilis, incontinentia pigmenti [35]

Mesures à prendre en cas d'épidémie de varicelle [1, 2, 9, 10, 50]

- À la maison: pas de mesures particulières. Les enfants restent à la maison jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûtées [5, 16, 32, 70]
- Éviter le contact avec les patients à risque, éventuellement porter un masque chirurgical ou même un masque FFP2 [1, 5, 9, 12, 16, 20, 32, 71]
- En milieu hospitalier: isolation par aérosol (chambre individuelle) jusqu'à ce que toutes les vésicules soient croûtées, jusqu'à ≥5 jours après le début de l'exanthème [71, 72]. Prise en charge par du personnel soignant immunisé

Vaccination contre la varicelle: les faits

Efficacité [7–9]

1) Protection contre la varicelle

- 1 dose: ≥80% de protection contre la maladie, 98% de protection contre les complications [6, 12–14]
- 2 doses: >90% de protection contre la maladie, 98% de protection contre les complications [6, 12–14, 18, 19]
- selon l'étude et le nombre de doses: 60–87% de consultations médicales ambulatoires en moins [6, 20, 21], 62–95% d'hospitalisations en moins [6, 9, 14, 16, 22, 96–98], 65–95% de décès en moins [9, 14, 16, 19, 20, 22, 23]

2) Protection des groupes vulnérables grâce à l'immunité de groupe (les personnes immunodéprimées ne peuvent pas être vaccinées – vaccin vivant) [19, 24, 25]

3) Protection contre le zona

- Incidence du zona chez les enfants/adolescents aux États-Unis, en Allemagne et au Canada réduite de 70 à 80% [9, 20, 26–29]
- *A court terme*, pas d'influence sur l'incidence du zona chez les adultes [26].
- *A long terme*, pas encore clair: les experts, y compris l'OFSP et l'OMS, s'attendent à une diminution nette du risque de zona plus tard dans la vie [2, 30, 31]

Vaccination de base

Avec vaccin combiné RORV au lieu de ROR, donc nombre d'injections pareil:

- 1^{ère} dose i.m. ou s.c. à 9 mois
- 2^{ème} dose pas avant le 1^{er} anniversaire; min. 4 semaines après 1^{ère} dose [2, 10, 16, 32].
- Intervalle minimum à partir de 12 mois: 4 semaines [2, 10]

Vaccination de rattrapage pour les personnes non immunes

Définition: ≤40 ans, sans antécédents de varicelle et/ou anticorps IgG anti-VVZ négatifs (femmes souhaitant avoir des enfants, avant une transplantation ou une immunosuppression, personnel de santé, contacts proches de receveurs de cellules souches du sang et de patient.es à risque, personnes souffrant d'une dermatite atopique sévère) [2, 15, 16, 36–38]

- 1 dose (déjà vacciné 1 fois)
- 2 doses (si non vacciné, intervalle minimum de 4 semaines) entre 13 mois et 39 ans

Contre-indications, prudence

Grossesse (après la 2^{ème} dose, les femmes doivent utiliser une contraception pendant 1 mois [10]), immunodéficience, réaction anaphylactique aux composants du vaccin (néomycine, gélatine), traitement par stéroïdes (équivalent de prednisone 20 mg/d ≥14 jours), infection VIH avancée, maladies immunosuppressives graves; médicaments (pas de salicylates jusqu'à 6 semaines après la vaccination) [2, 6, 8, 9, 16, 18, 30, 38].

- L'allaitement n'est pas une contre-indication [16].

Tolérance

Pendant 1 à 3 jours: rougeur, gonflement, douleur au point d'injection chez 15 à 20%; légère fièvre chez environ 15%; courbatures, malaise, nausées; rarement des réactions allergiques [2, 9, 16]; dans 2 à 10% des cas, une éruption varicelleuse apparaît entre 7 et 21 jours après la vaccination [18, 32]

Vaccins contre la varicelle autorisés [2]

- Monovalent: Varilrix[®] [59], Varivax[®] [60]
- Quadrivalent RORV: Priorix-Tetra[®] [61], ProQuad[®] [6, 62]
- utilisent tous la souche vivante atténuée Oka du VVZ [35]
- vaccins interchangeables concernant la composante varicelle

Administration simultanée avec d'autres vaccins: tous possibles, même immunogénicité [30]

Protection vaccinale

6 semaines après la vaccination [6, 59–62]; persistante pendant 7–14 ans [6, 9, 13, 30, 64, 65], peut-être persistante à vie

Traitement post-exposition (avec vaccin VVZ simple) [2, 5, 10, 11, 20]

- sans contre-indication: 1^{ère} dose dans les 72 heures après l'exposition [2]
- 2^{ème} dose: 4 à 6 semaines plus tard pour une protection vaccinale complète [15]
- si contre-indication (femmes enceintes, personnes immunodéprimées, nouveau-nés, prématurés): Immunoglobuline varicelle-zona
- 1 dose dans les 3–5 jours au plus tard
- Inefficace dès l'apparition de symptômes cliniques [1, 4–6, 34]

Traitement de la varicelle [1–6]

- poudres calmant les démangeaisons, lotions à base de zinc et de géofle (mélange à agiter) par voie topique, applications rafraîchissantes, éventuellement antihistaminiques per os [15, 16]
- garder les ongles courts, se laver les mains régulièrement.
- si nécessaire, désinfection locale des lésions grattées pour prévenir les inflammations purulentes pouvant entraîner des cicatrices.
- Traitement antiviral [6]: non indiqué chez l'enfant en bonne santé dont l'évolution est bénigne.
 - à partir de 16 ans, grossesse, immunosuppression: valaciclovir ou famciclovir p.o., aciclovir i.v. [5, 15]
 - Début dans les 24h après l'apparition de l'éruption; valaciclovir 3x1 g/jour p.o. pendant 7 jours [15]

graves et rares dues aux streptocoques du groupe A (iSAG; elles comprennent la septicémie, le syndrome de choc toxique et la fasciite nécrosante, mais pas l'angine streptococcique) [48, 51–58]. Les complications neurologiques sont rares en cas de varicelle (1:4000 enfants, en général cérébelleuses) [2, 5, 9, 16, 19].

Quelle est l'évolution chez les adolescents et les adultes?

A partir du 16^e anniversaire le taux d'hospitalisation est beaucoup plus élevé (environ 15–16×) que chez les enfants [16]. La pneumonie varicelleuse est la complication la plus fréquente [9]. Elle n'est certes symptomatique que chez 30% des personnes atteintes [2, 5], mais des évolutions graves peuvent survenir. L'encéphalite est rare [5].

Quelle est la fréquence de la varicelle chez les adolescents et les adultes?

Rare dans l'ensemble (environ 3000 personnes ≥16 ans par an [18]), car: 1. la plupart des adolescents ayant grandi en Suisse a eu la varicelle durant leur enfance (à 14 ans, environ 95% sont positifs aux IgG VVZ) [2, 32, 36, 37]. 2. la vaccination des enfants 11–15 ans sans antécédents de varicelle a été recommandée jusqu'en 2022 [18, 40].

Quelle est l'évolution pendant la grossesse?

10–20% des femmes enceintes présentant une primo-infection de varicelle développent une pneumonie varicelleuse; le risque augmente plus la grossesse est avancée [5, 6, 8, 50]. En ce qui concerne le risque de lésions fœtales, voir l'encadré 1.

Les anticorps anti-VVZ doivent-ils être mesurés en cas de désir d'enfant?

Non. Ce n'est recommandé qu'aux femmes dont l'anamnèse de la varicelle est incertaine/absente et lorsque le statut vaccinal est incomplet/inconnu. En effet, même chez les femmes vaccinées, les anticorps anti-VVZ peuvent être faussement négatifs (l'immunité cellulaire joue un rôle central dans la protection contre la varicelle) [8].

Qu'en est-il des immigrants?

Ils ont en partie eu la varicelle nettement moins souvent dans l'enfance; ils risquent donc de la contracter à un âge moins favorable, donc à partir de la puberté. Parmi les jeunes adultes, au Sri Lanka 50% sont encore séronégatifs pour les VVZ-IgG, 26% en Inde et près de 20% en Arabie Saoudite [30]. En cas de doute, considérer les immigrant*es de pays tropicaux comme non immun*es [6, 15].

Quelle est l'évolution chez les personnes immunodéprimées?

En cas d'immunodéficience *cellulaire*, il existe un risque accru d'évolution grave et d'éruptions cutanées étendues (jusqu'à ≥1000 lésions [35]) [5, 6, 32]. Une deuxième infection par la varicelle est possible [6], car une immunité protectrice ne se forme pas toujours [9, 35]. En revanche, les enfants présentant un syndrome de déficit en anticorps ont une évolution de la varicelle normale [6], ils deviennent immunisés contre le VVZ et ne présentent pas de risque accru de zona ou de deuxième épisode de varicelle [6, 16, 66].

Un enfant qui n'a eu qu'une varicelle légère (5–10 lésions) est-il immunisé?

Oui, une varicelle légère génère une immunité aussi bonne qu'un cas plus grave [67–69]. Les deuxièmes épisodes de varicelle sont très rares (sauf en cas d'immunosuppression [69]). En cas de doute s'il s'agissait bien de varicelle lors de la maladie légère: confirmation sérologique (VVZ-IgG [69]); si elle est négative, l'immunité VVZ souhaitée pourrait être obtenue par une vaccination. Il n'y a pas de mal à vacciner un enfant déjà immunisé.

Vaccination contre la varicelle des nourrissons et jeunes enfants

La nouvelle recommandation de vaccination contre le VVZ nécessite-t-elle des doses de vaccin supplémentaires?

Non, car la vaccination ROR est désormais remplacée par la vaccination RORV [18]. La protection vaccinale est considérée comme équivalente aux vaccins ROR+V injectés séparément [2, 9, 64]. Une vaccination de rattrapage est désormais recommandée aux personnes non immunisées à partir de 13 mois et – comme jusqu'à présent – uniquement jusqu'au 40^e anniversaire (contre-indications: immunodéficience, grossesse) [10].

Que veut atteindre l'OFSP avec la nouvelle recommandation de vaccination contre le VVZ?

L'OFSP poursuit quatre objectifs [16]:

1. à court terme, la réduction de la morbidité de l'infection primaire par la varicelle.
2. à moyen terme, la protection des personnes vulnérables (immunodéprimées, enceintes) qui ne peuvent pas être vaccinées; chez elles, la varicelle peut entraîner des complications fréquentes, parfois même graves.
3. à long terme, la diminution de l'incidence du zona dans l'ensemble de la population (voir notre article dans le numéro 11/2023 de PHC).

4. réduire l'impact social et économique de la varicelle: Pour les parents qui travaillent la garde des enfants à la maison pendant 7–10 jours peut représenter une charge socio-économique importante, surtout pour les familles nombreuses, et n'est parfois tout simplement pas possible.

Quelle est l'efficacité du vaccin chez les nourrissons et jeunes enfants?

Après la 2^e dose, environ 99% développent des anticorps qui persistent chez >97% plus d'un an (les mesures de titre ne sont donc pas principalement recommandées [9]). L'immunité cellulaire, plus importante pour le VVZ, semble durer toute la vie chez la majorité des personnes vaccinées [2]. Après 2 doses de vaccin, les personnes en bonne santé sont protégées à plus de 90% contre toutes les maladies et les maladies graves [2, 16, 24]. La protection vaccinale commence environ 6 semaines après la 1^{re} dose [60].

Une dose de vaccin suffit-elle?

Aux Etats-Unis, une seule dose a d'abord été recommandée en 1995 [30]. En raison de la persistance d'infections bénignes de la varicelle, une 2^e dose a été introduite à partir de 2006 [28]. La deuxième dose augmente l'effet protecteur [73, 74], en outre la fréquence du zona est inférieure de 40% par rapport aux enfants vaccinés une fois [75–79].

La vaccination est-elle également recommandée si l'enfant a eu la varicelle durant sa première année de vie?

Oui, les anticorps maternels ne permettent pas de développer une immunité suffisante au cours de la première année de vie.

Existe-t-il des données concernant la 1^{re} dose de vaccin RORV à 9 mois? Jusqu'à présent, la vaccination contre la varicelle était considérée comme contre-indiquée avant 12 mois!

La Suisse est le premier pays où le RORV est autorisé dès l'âge de 9 mois [30]. Les données relatives à l'immunogénicité et à la sécurité sont donc limitées [2, 16, 80, 81]. Le taux de séroconversion pour la composante de la rougeole du RORV peut être réduit (par rapport au ROR) si la 1^{re} dose est administrée dès l'âge de 9 mois [82] – donc pas de 2^e dose avant le 1^{er} anniversaire [2, 16].

La protection vaccinale est-elle moins bonne si la vaccination n'a lieu qu'à 2 ou 3 ans?

Non [13, 83], mais la tranche d'âge étudiée comprise était d'entre 12 et 15 mois.

Sécurité

La tolérance est comparable à celle des autres vaccins (encadré 1). En tant que vaccins vivants, ils ne contiennent ni aluminium ni mercure [2].

Qu'en est-il des convulsions fébriles?

Environ 4% des 0-5 ans subissent des convulsions fébriles, elles ne sont pas dangereuses et le pic d'incidence se situe entre 14 et 18 mois [2]. Les convulsions fébriles peuvent également survenir après des vaccinations, pas immédiatement, mais typiquement 5 à 12 jours après [2, 34, 84]. Chez les enfants de ≥12 mois, les convulsions fébriles sont environ 2× plus fréquentes après la 1^{re} dose de vaccin combiné RORV qu'après une vaccination ROR+V séparée à différents endroits du corps [6, 16, 30, 34, 84, 85], selon l'OFSP 9 vs. 4 pour 10 000 doses de vaccin [2]. Malgré ce doublement du risque de convulsions fébriles, l'OFSP recommande tout de même le vaccin combiné.

Ne devrions-nous pas, par précaution, vacciner séparément le ROR et la varicelle?

Non, car la 1^{re} dose de RORV est recommandée dès l'âge de 9 mois, lorsque les convulsions fébriles sont encore rares. En Allemagne, la première dose est recommandée

comme ROR+V et seulement la deuxième dose comme RORV, mais la première dose est administrée à 11-14 mois, âge auquel le risque de convulsions fébriles est plus élevé qu'à 9 mois [16, 30, 34, 84, 85].

Varicelle malgré la vaccination – est-ce possible?

Oui, aucun vaccin ne protège à 100% [63]. Si la varicelle apparaît 5-42 jours après la 1^{re} dose de vaccin, elle est probablement due au virus vaccinal. Si les symptômes débutent >42 jours après la 1^{re} dose de vaccin, il s'agit probablement de varicelle naturelle («varicelle de percée vaccinale»): L'évolution est généralement légère (≤50 lésions cutanées [16], durée plus courte, pratiquement pas de fièvre) [6, 32, 35].

Effets de la nouvelle recommandation de vaccination

Existe-t-il des expériences à long terme?

Oui, les jeunes enfants sont vaccinés contre la varicelle depuis plus de 20 ans, aux États-Unis depuis 1995 et en Allemagne depuis 2004, mais aussi en Autriche, Italie, Australie et au Canada [2, 16, 20, 21, 23, 27, 73, 75, 86]. Les expériences dans ces pays sont positives [87] – en conséquence, on projette pour la Suisse de 88 à 90% de cas de varicelle en moins et de 62 à 69% moins d'hospitalisations

[19]. En France, en Belgique et aux Pays-Bas, les enfants en bas âge ne sont en revanche pas systématiquement vaccinés contre la varicelle [16].

Les jeunes enfants vaccinés contre le VVZ présentent-ils moins de zona par la suite?

Oui, nettement moins [30, 31, 64, 69, 75, 88]. Ainsi, aux États-Unis, l'incidence du zona chez les enfants a diminué de 70 à 80%. Il a toutefois fallu plus de 10 ans pour que cette tendance devienne mesurable (figure 1) [10, 27, 28, 89]. Fait intéressant: l'incidence du zona a également diminué chez les enfants non vaccinés, probablement en raison d'une protection de groupe [27, 75]. En outre, on peut s'attendre à une évolution plus légère chez les enfants vaccinés contre le VVZ qui font quand même un zona [16].

Comment expliquer la diminution du zona?

Par rapport au virus sauvage, le virus vaccinal atténué semble moins capable de devenir latent et de se réactiver sous forme de zona [10, 16, 25, 28, 78, 89]. De plus, avec l'augmentation du nombre de personnes vaccinées en bas âge, moins de VVZ de type sauvage circule, moins de varicelle de type sauvage apparaissent, et il y a donc probablement moins de zona dans tous les groupes d'âge [6, 30, 31] –

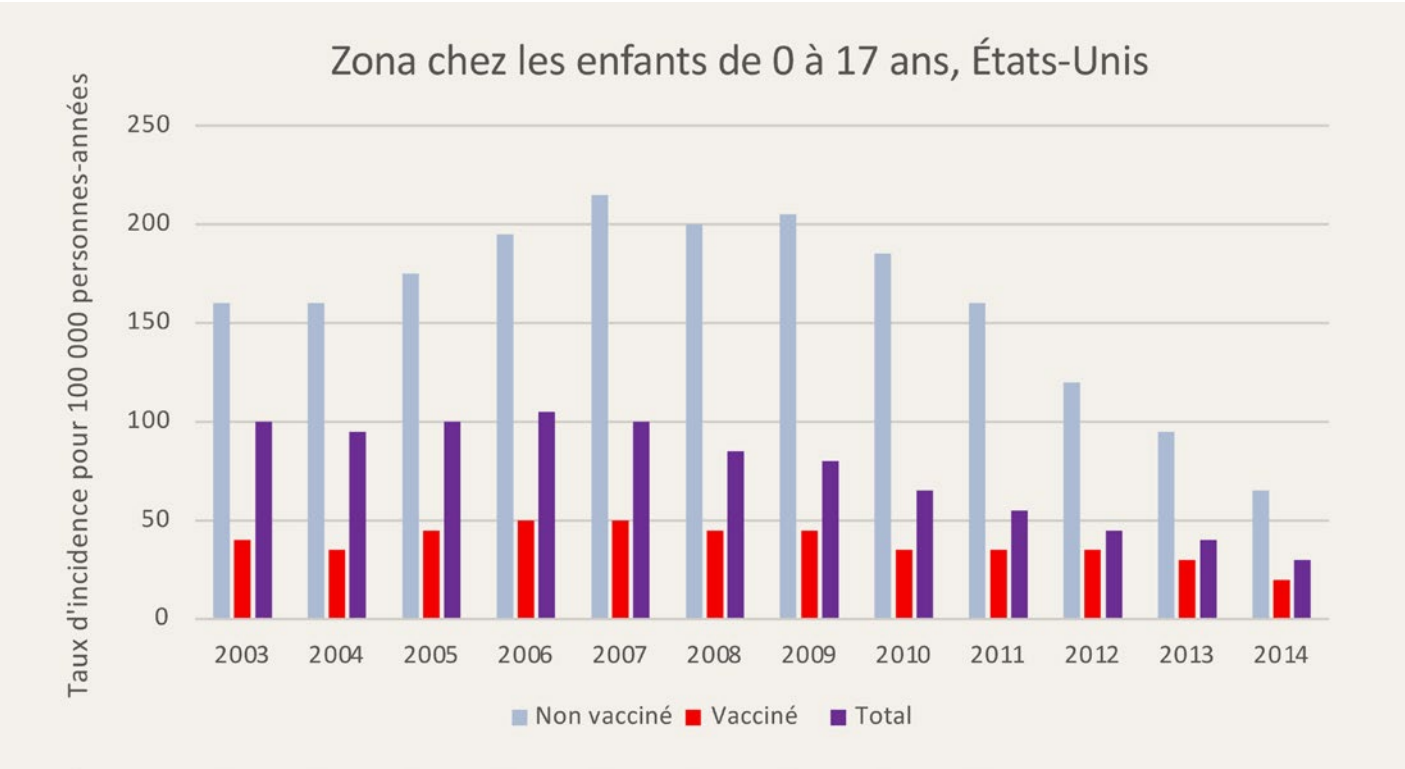


Figure 1: Taux d'incidence du zona chez les enfants et adolescents américains de 0 à 17 ans [27]. La vaccination universelle des jeunes enfants contre le VVZ a été introduite aux USA en 1995. Entre 2003 et 2014, la baisse de l'incidence du zona chez les enfants âgés de 18 ans a été de 72%. Le zona étant globalement rare chez les enfants et les adolescents, il a fallu 15 ans pour que la baisse de l'incidence du zona (à partir de 2010 environ) soit documentée sur le plan épidémiologique. Graphique réalisé par Nicole Gysin.

correspondant à une prévention primaire de la varicelle et du zona par la vaccination des nourrissons.

Si les enfants vaccinés contractent moins de varicelle, est-ce que les occasions de rappel pour les adultes disparaissent et vont ceux-ci donc avoir plus de zona?

Le contact régulier avec la varicelle (dans la famille, au travail) améliore légèrement et à court terme l'immunité spécifique au VVZ [30] et donc la protection contre le zona [90, 91]. La pertinence de cette observation est diversement discutée [6, 29, 31, 78, 88, 91–95]. En appliquant la nouvelle recommandation de vaccination de l'OFSP, l'immunité de la population actuellement encore développée et continuellement entretenue par la large circulation du VVZ de type sauvage serait remplacée par une immunité dépendante de la vaccination. Les occasions naturelles de rappel seraient ainsi effectivement considérablement réduites et le maintien de l'immunité du groupe dépendrait de la disponibilité ininterrompue et durable du vaccin. Dans de nombreux pays, l'incidence du zona a considérablement augmenté au cours des 50 dernières années, probablement en relation avec davantage de personnes âgées, plus d'immunosuppression et plus de stress [20, 30, 93, 95]. L'augmentation du zona chez les adultes a toutefois été similaire dans les pays qui ont mis en place des programmes de vaccination contre le VVZ pour les jeunes enfants et dans ceux qui n'en ont pas [2, 30, 63, 64].

La vaccination contre le VVZ réduit-elle également les rares cas graves et les infections bactériennes de la peau?

Oui. Au cours des 25 années qui se sont écoulées depuis le début du programme de vaccination aux États-Unis (1995–2019), les hospitalisations et les décès liés à la varicelle chez les personnes <50 ans ont diminué de >95% ou ont été quasiment éliminés [96]. Les hospitalisations pour infections invasives à streptocoques (iSAG) dues à la varicelle ont également très nettement diminué chez les enfants vaccinés aux États-Unis [97] et au Canada [98].

Conseil en vaccination

La nouvelle recommandation de vaccination représente-t-elle une charge supplémentaire pour notre système de santé?

La nouvelle recommandation peut être intégrée dans les examens de prévention habituels des enfants avec peu de frais supplémentaires de conseil [2, 16]. Les vaccins VVZ monovalents coûtent environ 65 francs, les vaccins ROR environ 37 francs et les vaccins RORV

combinés environ 90 francs (prix public). Les coûts directs et indirects d'une varicelle (perte de productivité/perte de travail des parents) sont estimés à 70–90 francs par personne [16, 19]. Selon les estimations de l'OFSP et une étude financée par le fabricant de vaccins MSD, la vaccination de routine des jeunes enfants est rentable [2, 19], mais pas selon une revue systématique de 2023 [99]: Les coûts globaux de la santé ont tendance à augmenter (parce que les vaccins RORV sont nettement plus chers que les vaccins ROR), même si les coûts consécutifs diminuent [2, 16, 19, 99, 100].

Pourquoi la vaccination des jeunes enfants est-elle recommandée en Allemagne depuis 2004 et en Suisse seulement 20 ans plus tard?

L'OFSP a examiné dès 2004 la vaccination universelle contre la varicelle chez les jeunes enfants [39, 40]. À l'époque, aucun vaccin combiné RORV n'était encore disponible, l'effet sur l'incidence du zona n'était pas encore clair et de nombreuses questions restaient en suspens concernant la durée de protection. Aujourd'hui, selon l'OFSP, il a été possible de répondre en grande partie à ces questions, et ce dans un sens positif [2, 16, 75]. Depuis 2021, un vaccin efficace contre le zona est disponible (Shingrix), pour le cas inquiétant mais improbable où les cas de zona augmenteraient malgré tout [2].

Les nourrissons nés de mères vaccinées sont-ils moins bien protégés au nid que ceux nés de femmes ayant eu la varicelle naturelle?

Une réponse claire n'a pas encore été donnée. Avec ou sans vaccination de la mère, des anticorps VVZ sont détectables chez de nombreux nouveau-nés, dont les titres diminuent rapidement [76, 101, 102]. Passionnant: le syndrome de varicelle congénitale a nettement diminué en Australie, après le début du programme de vaccination VVZ des jeunes enfants, car nettement moins de femmes enceintes non immunisées font une varicelle primaire [6].

L'OFSP argumente en faveur de la protection des personnes vulnérables, est-ce éthiquement défendable?

Oui, cela semble même très pertinent, car la vaccination VVZ est contre-indiquée en cas d'immunosuppression, la varicelle peut être grave [19, 24, 25] et le nombre de personnes immunodéprimées est en augmentation [1, 12, 20].

Les médecins suisses appliqueront-ils la nouvelle recommandation?

Selon une enquête financée, planifiée et évaluée par le fabricant de vaccins RORV (MSD), 86% de 150 médecins de famille et pédiatres suisses sont favorables à la vaccination VVZ

Encadré 2: Conseils aux parents qui ne souhaitent pas faire vacciner leur enfant contre la varicelle conformément au calendrier de vaccination

- Le médecin se prend du temps pour conseiller les parents en matière de vaccination et tenir compte de leurs demandes et préoccupations individuelles [46, 107].
- La consultation de vaccination comprend toujours la communication des recommandations de vaccination de l'OFSP.
- En Suisse, les vaccinations restent facultatives. Ce sont les parents qui décident et nous respectons donc leur décision et leur autonomie.
- Un enfant non vacciné est sujet à la varicelle (généralement bénigne), avec éruption cutanée et démangeaisons: nous, médecins, ne devons donc pas faire de la varicelle un problème excessif et donner mauvaise conscience aux parents qui ne veulent pas vacciner leur jeune enfant.
- Après une varicelle naturelle – par rapport aux personnes vaccinées – le risque de zona est plus élevé plus tard dans la vie [27, 30, 64, 75, 88].
- Les parents doivent être prêts à passer la maladie avec leur(s) enfant(s) et pouvoir garantir l'encadrement de ceux-ci (absence du lieu de travail pour l'un des parents).
- Ils doivent connaître la maladie et ses risques et accorder une attention importante à la protection des personnes vulnérables (immunodéprimées, femmes enceintes).
- Si l'enfant n'a pas fait la varicelle avant l'âge de 10–12 ans:
 - communiquer aux parents la nécessité de la vaccination;
 - le vérifier à l'occasion des examens de dépistage (concepts clés: nette augmentation du risque de formes graves et de complications à partir de 16 ans, protection pendant la grossesse, protection du nid).

en tant que vaccination de base [103]. Et selon une enquête en ligne non publiée de 2021 de l'OFSP, 77% des 461 pédiatres participants et 63% des 646 médecins de famille recommanderaient la vaccination des nourrissons [2].

Que dois-je recommander aux parents qui ne souhaitent pas vacciner leur nourrisson contre la varicelle ou qui souhaitent le faire plus tard?

Voir encadré 2.

Conclusion: la vaccination VVZ pour les nourrissons et jeunes enfants est-elle plus qu'une simple recommandation de *style de vie*?

La nouvelle recommandation de vaccination s'écarte de l'impression de nombreux parents, du corps médical et d'autres professionnels de la santé: La varicelle est considérée comme une maladie infantile généralement bénigne contre laquelle il n'est pas nécessaire de vacciner, car la plupart des enfants ne présentent pas de complications. Alors que plusieurs pays recommandent désormais la vaccination des nourrissons, nous sommes le premier pays où la première dose de vaccin est recommandée dès l'âge de 9 mois, et ce malgré les données limitées.

Chez les nourrissons non vaccinés des facteurs tels que le stress ou une mauvaise alimentation continueront pendant des années à jouer un rôle important dans l'apparition du zona, voir PHC 11/2023 [104–106]. L'OFSP considère la vaccination universelle des nourrissons/petits enfants – combinée à Shingrix pour les personnes plus âgées ou vulnérables – comme une stratégie de prévention primaire importante et orientée vers l'avenir contre la varicelle et le zona [16].

L'essentiel pour la pratique

- Avec la nouvelle recommandation générale de vaccination contre la varicelle à l'âge de 9 et 12 mois, l'OFSP souhaite réduire la morbidité de la varicelle primaire (chez 25% des enfants, une consultation médicale est nécessaire).
- De plus, l'OFSP veut ainsi protéger les personnes vulnérables (immunodéprimées, enceintes) qui ne peuvent pas être vaccinées elles-mêmes – un objectif important.
- Les personnes vaccinées peuvent s'attendre plus tard dans leur vie à un risque de zona nettement inférieur (70%+) à celui des personnes qui ont eu la varicelle.
- Comme le RORV est désormais recommandé au lieu du ROR, aucune dose de vaccin supplémentaire n'est nécessaire
- La Suisse est le premier pays au monde où la première dose de MMRV est recommandée dès l'âge de 9 mois, malgré des données limitées.

Correspondance

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

Conflict of Interest Statement

PT: Grant de recherche de Gilead et honoraires de conférence de Viiv, Schwabe Pharma et MSD à l'institution. PC-B: Paiements à l'institution pour la participation à un board.

Les autres auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

Tous les auteurs remplissent tous les critères de paternité.

Les cinq références principales

- 2 Bundesamt für Gesundheit. Neue Empfehlungen zur Impfung gegen Varizellen (Windpocken). 2022 [cited 30.08.2023]; Available from: <https://www.infovac.ch/docs/public/windpocken-varicelle/neue-empfehlungen-zur-impfung-gegen-varizellen--windpocken-.pdf>
- 16 Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen (vermutlich). VARICELLA VACCINATION RECOMMENDATIONS According to the Evaluation Criteria for the Development of National Guidelines in Switzerland. – 2021/2022 Re-Evaluation. 2022 [cited 22.01.2024]; Dokument wird durch infovac.ch zugänglich gemacht, siehe Infovac Bulletin 10/2022: https://www.infovac.ch/fr/?option=com_gd&view=listing&fid=1876&task=ofile
- 27 Weinmann S, Naleway AL, Koppolu P, Baxter R, Belongia EA, Hambidge SJ, et al. Incidence of Herpes Zoster Among Children: 2003–2014. *Pediatrics*. 2019 Jul;144(1):e20182917.
- 28 Harpaz R, Leung JW. The Epidemiology of Herpes Zoster in the United States During the Era of Varicella and Herpes Zoster Vaccines: Changing Patterns Among Children. *Clin Infect Dis*. 2019 Jul;69(2):345–7.
- 96 Marin M, Lopez AS, Melgar M, Dooling K, Curns AT, Leung J. Decline in Severe Varicella Disease During the United States Varicella Vaccination Program: hospitalizations and Deaths, 1990–2019. *J Infect Dis*. 2022 Oct;226 Suppl 4:S407–15.



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://phc.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/phc-f.2024.1398585503/>

Annonce



Explorer. S'informer.

Inscrivez-vous dès maintenant sur swisshealthweb.ch et devenez membre premium dès 3 mois!



Profitez de services exclusifs:

- Base de données de médicaments
- Articles spécialisés
- Articles curatés
- Guidelines
- Offres de formation postgraduée et continue
- Calendrier des événements
- Offres d'emploi
- Outils pratiques

SWISS HEALTH WEB BETA

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission.

POWERED BY:
EMH Media
TEVERLAG
UNISG

See: <http://emh.ch/en/services/permissions.html>