

Schéma vaccinal :

Recommandations générales :

La primovaccination contre le pneumocoque (deux injections suivies d'un rappel) **est obligatoire** pour tous les enfants nés à compter du 1er janvier 2018.

Primovaccination à deux injections du vaccin pneumococcique conjugué 13-valent (VPC13) à l'âge de 2 mois (8 semaines) et à 4 mois suivies d'une dose de rappel à l'âge de 11 mois.

Recommandations particulières :

Sujets ≥ 5 ans à risque élevé d'IIP (infection invasive à Pneumocoque)

Immunodéprimés :

- Aspléniques ou hypospléniques
- Déficits immunitaires
- VIH
- Chimiothérapie
- Transplantation d'organe
- Greffées de CSH
- Traitements par immunosuppresseurs
- Syndrome néphrotique

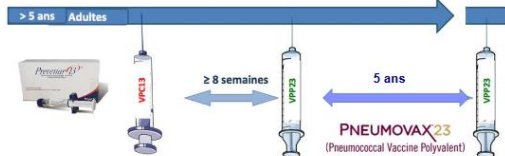
Comorbidités :

- BPCO/Emphysème
- Asthme sévère
- Cardiopathie congénitale
- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale terminale
- Hépatopathie chronique
- Diabète non équilibré
- Brèche ostéo-méningée
- Implant cochléaire

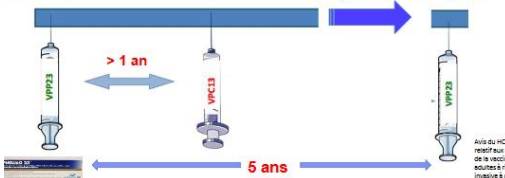
≈ 12% de la population française

Depuis 2017 un seul schéma pour tous (en attendant de nouveaux vaccins...) :

• Schémas vaccinaux pour les patients à risque élevé d'IIP :



• Patients vaccinés antérieurement par Pneumo 23



avis du HCSP du 30 mars 2022 relatif aux recommandations de vaccination pour les adultes à risque d'infection invasive à pneumocoque.

Enjeux :

Couverture vaccinale **pneumocoque** en 2018 en France des Adultes à risque (4.0 M) = 4,5 %

Immunodéprimés (0.5 M) = 19 %

Pathologies chroniques (3.5 M) = 3 %

Couverture vaccinale des NR

99,7% <8 mois 1 dose (2020) 👍

91% <2 ans avec schéma complet

Améliorer la couverture vaccinale pour réduire l'impact de morbi-mortalité des IIP chez les patients à risque.

A venir : un nouveau vaccin conjugué à 20 serotypes.

Les 7 serotypes additionnels de PCV20 ont été choisis pour leur implication dans les infections invasives de par le monde.

Références :

- HAS. Calendrier des vaccinations 2023. [LIEN](#)
- EPIBAC 2021, Santé Publique France
- Ramirez et al. Clin Infect Dis 2017.
- Lepper PM et al. BMJ 2012
- Wyplosz et al. Vaccine 2022
- COVARISQ : étude rétrospective, de cohortes constituées annuellement de 2014 à 2018
- Shea et al. OFID 2014
- Warren-Gash C, et al. Eur Respir J. 2018;51(3):1701794.
- Infections à pneumocoque Maladies Infectieuses et Tropicales E. Pilly Ed. 2020, 298-302

Action prévention :

Version 1 – Juin 2023

PNEUMOCOQUE



Document pour les professionnels de santé et les professionnels en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque en ES et en EMS.



Pathogène :

Streptococcus pneumoniae : bactérie cocci Gram positif.

Il existe une grande diversité capsulaire et antigénique (> 90 sérotypes différents).

Réservoir naturel : commensal des voies aériennes supérieures de l'homme.

Mode de contamination :

Interhumaine

Par voie respiratoire (gouttelettes), à partir de porteurs sains ou de personnes malades.

Physiopathologie :

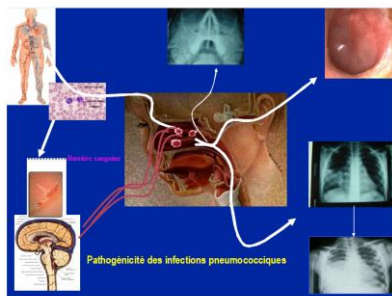
Facteurs de virulence :

- Capsule polysaccharidique qui protège de la phagocytose.
- La pneumolysine, toxine à activité cytotoxique directe sur les cellules et à action pro inflammatoire (activation cytokines et complément).

Variation saisonnière en relation avec les infections virales (grippe...) qui joueraient un rôle facilitateur.

Epidémiologie :

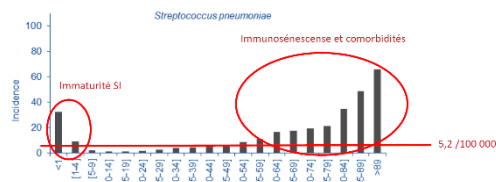
Le pneumocoque est responsable d'infections des voies respiratoires supérieures (otite moyenne aiguë, sinusite) et inférieures (pneumonie). Il peut entraîner des maladies invasives graves : bactériémie, méningite, septicémie, endocardite (rare) voire arthrite septique.



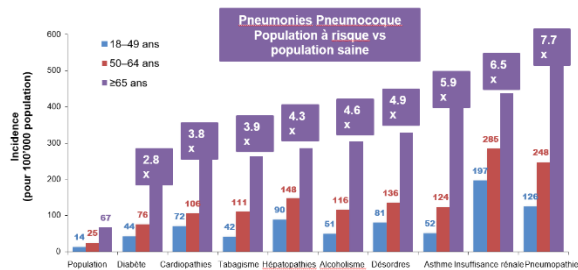
C'est la bactérie la plus fréquente dans les pneumonies aiguës communautaires et la principale étiologie des méningites purulentes de l'adulte.

Pics d'incidence : enfant < 2ans & adulte > 55 ans.

INFECTIONS INVASIVES A PNEUMOCOQUE (IIP)



Age et comorbidités augmentent le risque de PAC à pneumocoque.



Le risque augmente avec le nombre de comorbidités.

Pour un patient cumulant 2 comorbidités, il est similaire à celui des patients à haut risque.

L'incidence d'hospitalisation pour pneumonie est multiplié par 3 chez les adultes diabétiques en comparaison aux adultes non diabétiques.

La mortalité à 90 jours après hospitalisation pour pneumopathie est plus élevée de 26% chez les patients diabétiques.

Une PAC à pneumocoque multiplie le risque par 6 d'IDM et par 12 d'AVC dans les 1 à 3 jours qui suivent l'infection.

Clinique :

- Non invasives (infection des voies respiratoires hautes et basses).
- Invasives (site stérile comme le LCS et hémocultures).

Diagnostic :

Antigénurie pneumocoque (sensibilité 80 à 90% dans les PAC bactériémiques et 50 à 65% dans les non bactériémiques) faux négatifs possibles au début de l'infection.

Mise en évidence à l'**examen direct et isolement en culture du S. Pneumoniae** (hémocultures, LCS, liquide pleural, pus d'otite ou de sinusite, expectorations).

PCR et antigènes solubles dans le LCS.

Quel est le traitement ?

Le choix de l'antibiotique et la durée du traitement dépendent du site d'infection et du profil de sensibilité aux antibiotiques.

Antibiotique de 1^{er} choix : **Amoxicilline**

Si méningite et pneumocoque résistant (CMI Amoxicilline > 0,5 mg/L) : **C3G en IV.**

Les chiffres clés :

