

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 d'un vaccin pneumococcique conjugué 15 valences (VPC15) (VAXNEUVANCE®) ou 13 valences (VPC13) (PREVENAR 13®) à l'âge de 2 mois (8 semaines) et à 4 mois suivies d'une dose de rappel à l'âge de 11 mois.

L'âge comme unique facteur de risque chez l'adulte : recommandée chez toutes les personnes ≥ 65 ans, selon un schéma vaccinal à une dose unique de vaccin VPC20 (PREVENAR 20®).

La vaccination reste bien sûr recommandée chez tous les ≥ 18 ans à risque d'infections invasives à pneumocoque (IIP) par une dose unique de vaccin VPC20 (PREVENAR 20®).

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

Rem : Le vaccin conjugué 21 valences (VPC21) de Merck (CAPVAXIVE®) est autorisé dans les pays de l'Union européenne depuis le 24 mars 2025.

Sa place dans la stratégie nationale de vaccination n'a pas encore été définie (en attente de l'avis de la Haute Autorité de santé).

Recommandations particulières :

Pour les prématurés et les nourrissons à risque élevé de contracter une infection à pneumocoque le schéma de primo vaccination comporte **3 doses de VPC15 ou VPC 13 (à 2 mois, 3 mois et 4 mois), suivi d'une dose de rappel à 11 mois.**

Pour les enfants et adolescents âgés de 2 à 17 ans à risque : 2 doses de VPC 15 ou VPC 13 à deux mois d'intervalle et un rappel après 2 mois par un vaccin antipneumococcique non conjugué (VPP 23) Pneumovax®.

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 la morbi-mortalité des IIP chez les patients à risque :

• Patients immunodéprimés

- Aspléniques ou hypospléniques (incluant les syndromes drépanocytaires majeurs)
- Atteints de déficits immunitaires héréditaires
- Infectés par le VIH
- Patients présentant une tumeur solide ou une hémopathie maligne
- Transplantés ou en attente de transplantation d'organe solide
- Greffés de cellules souches hématopoïétiques
- Traités par immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique.

• Patients non immunodéprimés porteurs d'une maladie sous-jacente prédisposant

- Atteints de syndrome néphrotique.
- Cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque ;
- Insuffisance respiratoire chronique, bronchopneumopathie obstructive, emphysème ;
- Asthme sévère sous traitement continu,
- Insuffisance rénale
- Hépatopathie chronique d'origine alcoolique ou non
- Diabète non équilibré par le simple régime ;
- Patients présentant une brèche ostéo-méningée, un implant cochléaire ou candidats à une implantation cochléaire.

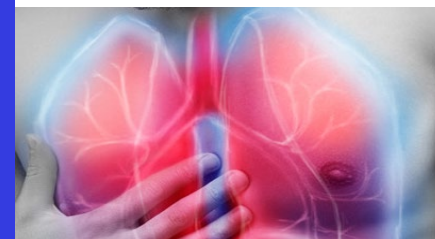
Références :

- Shea *et al.* OFID 2014
- Ramirez *et al.* Clin Infect Dis 2017.
- Warren-Gash C, *et al.* Eur Respir J. 2018;51(3):1701794.
- COVARISQ : étude rétrospective, de cohortes constituées annuellement de 2014 à 2018 Wyplosz *et al.* Vaccine 2022
- Infections à pneumocoque Maladies Infectieuses et Tropicales E. Pilly Ed. 2025
- Calendrier des vaccinations 2025 : [Lien](#)
- Elargir la vaccination à tous les adultes de 65 ans et plus HAS janvier 2025 : [Lien](#)

Action prévention :

Version 3 – juin 2025

PNEUMOCOQUE



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



Bourgogne Franche-Comté

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 :

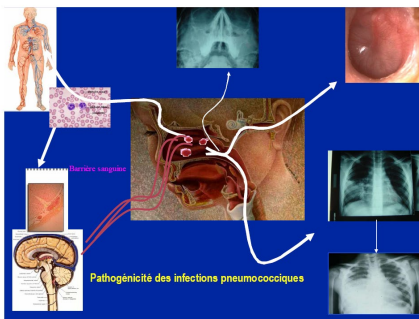
Facteurs de virulence :

- 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.

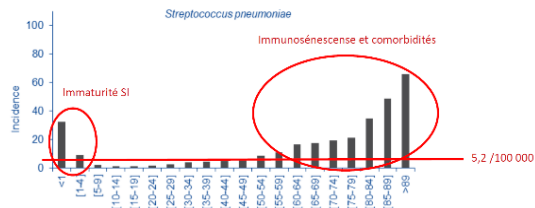


C'est la bactérie la plus fréquente dans les pneumonies aiguës communautaires et la principale étiologie des méningites purulentes de l'adulte.

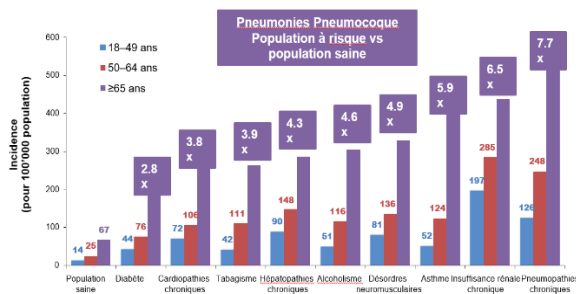
Pics d'incidence : enfant < 2ans (immaturité) & adulte > 55 ans.

On constate que 60% des IIP concernent des adultes ≥ 65 ans, et la sévérité de ces infections invasives serait multipliée par trois dans cette population.

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 multipliée 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.

- La moitié des ≥ 65 ans hospitalisés pour une pneumonie aiguë communautaire et plus de 25% des hospitalisés pour une IIP surviennent chez des personnes sans facteur de risque.

Clinique :

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

