

## Vaccination et vaccins antipoliomyélitiques au cours de la période précédant l'éradication : bref résumé de la note d'information de l'OMS publiée le 4 juin 2010

La note d'information de l'OMS sur les vaccins antipoliomyélitiques qui est publiée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* du 4 juin 2010 remplace la note d'information précédente (2003) sur l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans des pays utilisant déjà le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Une note d'information ultérieure remplacera la note de 2006 relative à l'utilisation du VPI après l'arrêt de l'utilisation du VPO. La note actuelle couvre la vaccination systématique contre la poliomyélite au cours de la période précédant l'éradication, en particulier dans les pays en développement. Elle contient également des liens vers des listes de référence et des tableaux de notation qui évaluent la qualité scientifique de certaines conclusions majeures.

La poliomyélite est une maladie transmissible aiguë de l'homme provoquée par trois sérotypes de poliovirus (les types 1, 2 et 3). Avant la mise au point des vaccins (c'est-à-dire avant 1960), pratiquement tous les enfants étaient infectés par des poliovirus. Chez <1 % des sujets infectés, le virus se réplique dans les cellules de la corne antérieure de la moelle épinière et entraîne une paralysie flasque aiguë (PFA), dont les séquelles sont généralement irréversibles. Le taux de létalité parmi les cas de paralysie se situe entre 2 % et 20 %, mais est plus élevé lorsqu'il y a une atteinte bulbaire.

En 1955, le vaccin antipoliomyélitique inactivé (le VPI ou vaccin Salk) a été introduit, puis au début des années 1960, les vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO, vaccin Sabin). En 1974, le VPO a été recommandé dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV), puis a été à nouveau le vaccin de choix en 1988, lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'éradiquer la poliomyélite dans le monde. Les virus poliomyélitiques appartenant à des souches sauvages ont depuis été éliminés de 3 des 6 Régions de l'OMS, et dans les autres Régions le nombre de cas de poliomyélite a diminué de 99 %. Le virus poliomyélitique sauvage de type 2 n'a plus été détecté dans le monde depuis 1999. À l'aube du nouveau millénaire, le poliovirus sauvage persistait essentiellement dans certaines zones de l'Afghanistan, de l'Inde, du Nigéria et du Pakistan.

Toutefois, entre 2003 et 2009, l'OMS a enregistré 133 importations de poliovirus sauvage dans 29 pays précédemment exempts de poliomyélite, entraînant 60 flambées et 2193 cas de poliomyélite. En mai 2010, on avait pu maîtriser 109 de ces importations (83 %). Mais les flambées qui ont fait suite à 24 importations dans 13 pays sont toujours en cours en mai 2010.

Le VPO comme le VPI sont tous deux des vaccins sûrs et efficaces qui confèrent une protection de longue durée contre la poliomyélite paralytique chez au moins 80-90 % des sujets vaccinés. Toutefois, la poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) se produit dans approximativement 4 cas sur 1 000 000 par an dans la cohorte de naissances dans les pays utilisant le VPO. En outre, les virus issus du VPO peuvent acquérir les caractéristiques de neurovirulence et de transmissibilité du poliovirus sauvage et provoquer des cas de poliomyélite et des flambées en tant que poliovirus dérivés de souches vaccinales circulants (PVDVc). Qui plus est, une excrétion chronique de poliovirus dérivés de souches vaccinales a été constatée chez un petit nombre de sujets présentant des immunodéficiences rares (PVDVi).

Le risque de PPAV, PVDVc et PVDVi a conduit un certain nombre de pays à passer du VPO relativement bon marché au vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) administré par voie parentérale et plus coûteux, ou à adopter des calendriers séquentiels consistant en 1 à 2 doses de VPI suivies de  $\geq 2$  doses de VPO. Le VPI semble prévenir la poliomyélite paralytique associée au vaccin et l'ajout du VPO renforce l'immunité muqueuse.

Dans la note d'information actuelle, l'OMS souligne que tous les enfants du monde doivent être vaccinés contre la poliomyélite et que chaque pays doit chercher à maintenir des niveaux de couverture élevés par le vaccin antipoliomyélitique. Lorsqu'on définit une politique nationale relative à la vaccination, le potentiel d'importation et de transmission d'un poliovirus sauvage est un facteur essentiel à prendre en compte. Les conseils offerts sur le choix du vaccin (VPO ou VPI) reposent sur une évaluation graduée des risques, comme l'illustre la Figure 1 : dans les pays où le risque d'importation et de transmission du poliovirus est élevé ou modéré, le VPO, y compris une dose à la naissance, est le choix recommandé. Le VPI seul ne peut être envisagé comme solution de remplacement du VPO seul (ou d'un calendrier séquentiel VPI-VPO) que dans les pays qui ont le risque le plus faible d'importation et de transmission du poliovirus sauvage. Des recommandations sont également formulées pour les calendriers de primovaccination et pour la vaccination des voyageurs se rendant dans les zones d'endémie ou en venant.