

Vaccins anticholériques. Résumé de la note d'information de mars 2010

La note d'information de l'OMS sur les vaccins anticholériques publiée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* du 26 mars 2010 remplace la précédente note publiée en avril 2001. La nouvelle note d'information met à jour les informations sur l'épidémiologie de la maladie, présente les vaccins anticholériques actuellement disponibles et indique les résultats des récents essais cliniques. La note décrit en outre la position actuelle de l'OMS sur l'utilisation des vaccins anticholériques en situation d'endémie et d'épidémie. La note d'information mise à jour contient également des références bibliographiques et des renvois à des tableaux de notation qui évaluent le niveau scientifique de certaines conclusions essentielles.

Le choléra est une maladie diarrhéique entraînant une déshydratation rapide, qui est provoquée par l'ingestion de souches toxigènes de *Vibrio cholerae* appartenant aux sérogroupes O1 et, moins souvent, O139. La maladie se propage principalement par contamination fécale de l'eau et des aliments et elle est étroitement associée au manque d'hygiène et à l'absence d'eau de boisson salubre. Elle peut toucher toutes les classes d'âge et l'on estime que la charge mondiale annuelle est de l'ordre de 3 à 5 millions de cas, provoquant de 100 000 à 130 000 décès par an. L'émergence de souches plus virulentes de *V. cholerae* O1 dans une grande partie de l'Afrique et de l'Asie et la propagation de souches résistant aux antibiotiques suscitent des préoccupations.

Il existe actuellement deux types de vaccin anticholérique oral, les vaccins Dukoral^M et Shanchol^M/mORCVAX^M*. Le vaccin Dukoral est préparé à partir de germes tués du séro groupe O1 associés à une sous-unité B recombinante de la toxine cholérique. (La toxine B induit une protection à court terme contre *Escherichia coli* entérotoxigène (ETEC), une cause importante de la diarrhée du voyageur.) Les vaccins Shanchol et mORCVAX sont des vaccins presque identiques préparés à partir des sérogroupes O1 et O139, mais sans la toxine B. Le vaccin Dukoral est largement disponible au niveau international. Le vaccin Shanchol est destiné à la fois au marché indien et au marché international alors que le vaccin mORCVAX est actuellement destiné à être utilisé au Viet Nam. Ces vaccins sont tous sûrs et ils induisent une protection suffisante à court terme (voir ci-dessous). Les fabricants recommandent une série primaire de deux doses et, pour les sujets exposés à un risque durable d'infection, un rappel tous les deux ans environ.

Des études précédemment effectuées au Bangladesh ont montré que 4 à 6 mois après la vaccination, le vaccin Dukoral assure une protection de 85 % contre le choléra chez les sujets âgés de ≥ 2 ans ; au Mozambique, on a constaté une efficacité de 84 % chez les sujets qui avaient reçu deux doses du vaccin Dukoral, 1 à 6 mois avant la flambée cholérique de 2003-2004. Le vaccin ORCVAX a été évalué au Viet Nam au cours d'une épidémie à Hue 8 à 10 mois après une campagne de vaccination anticholérique élargie. Dans une étude témoin portant sur 334 000 sujets âgés de >1 an, l'efficacité du vaccin après deux doses était de 66 %. Depuis 2006, un essai sur le vaccin Shanchol portant sur 66 900 participants âgés de >1 an se déroule dans les bidonvilles de Kolkata en Inde. Une analyse provisoire au bout de deux ans révèle que deux doses de vaccin induisent une efficacité protectrice globale de 67 % contre le choléra confirmé.

Les vaccins Shanchol et mORCVAX sont homologués pour être utilisés chez les sujets de ≥ 1 an et le vaccin Dukoral pour les sujets de ≥ 2 ans. Les deux vaccins nécessitent le recours à la chaîne du froid. Toutefois, comparés au vaccin Dukoral, les vaccins Shanchol et mORCVAX requièrent moins de place pour l'entreposage et leur administration ne nécessite ni tampon ni eau. De plus, l'absence de la sous-unité B rend les vaccins Shanchol et mORCVAX moins coûteux à produire.

Dans les pays d'endémie cholérique, la vaccination doit servir d'instrument supplémentaire de lutte anticholérique et cibler les populations à haut risque comme les enfants d'âge scolaire et préscolaire. Les autres groupes particulièrement vulnérables aux formes sévères de la maladie, comme les femmes enceintes et les personnes infectées par le VIH, peuvent également être ciblés. La vaccination préventive doit être considérée pour aider à éviter des flambées potentielles ou la propagation de flambées en cours. Toutefois, l'organisation d'un traitement approprié, l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, et la mobilisation des communautés restent les moyens de lutte à privilégier en cas d'épidémie de choléra.

* On ne fabrique plus aujourd'hui de vaccin atténué vivant oral en dose unique CVD 103-HgR. Le vaccin injectable préparé à partir de souches de *V. cholerae* inactivées au phénol est encore fabriqué dans quelques pays mais l'OMS n'en a jamais recommandé l'utilisation.