



# crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Guide de vaccination destiné aux patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MII).

Objectif

Réduire le risque de survenue des maladies évitables par la vaccination.

Population de patients

Patients adultes de 18 ans ou plus ayant un diagnostic connu de MII.

D<sup>re</sup> Jennifer deBruyn, M.D., M. Sc., FRCSC (Université de Calgary)

D<sup>re</sup> Karen Kroeker, M.D., M. Sc., FRCSC (Université de l'Alberta)

## À retenir

Les vaccins inactivés peuvent être administrés aux patients atteints d'une MII, mais la réponse immunitaire des personnes suivant un traitement immunosuppresseur pourrait être réduite.

Les vaccins vivants ne peuvent PAS être administrés aux patients suivant un traitement immunosuppresseur.

Remarque : La couverture des vaccins varie selon les régions.

Ces outils d'aide à la décision clinique ont été mis au point par des experts canadiens dans le domaine des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), et sont basés sur leur interprétation des données probantes actuelles et des considérations spécifiques au système de soins de santé canadien. Des lignes directrices internationales provenant d'Europe et des États-Unis sont disponibles; elles peuvent toutefois refléter des facteurs régionaux qui ne sont pas directement applicables partout au Canada

## Introduction

L'utilisation de traitements immunosuppresseurs à long terme chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MII) augmente la susceptibilité aux infections, dont certaines sont évitables grâce à la vaccination. Les patients peuvent demander leur carnet de vaccination aux autorités de santé publique locales, aux pharmaciens, aux cliniques de santé-voyage, aux médecins ou aux membres de leur famille. L'accès aux carnets peut varier selon la province. Pour les patients qui n'ont pas de carnet de vaccination, les titres sériques peuvent, dans certains cas, être utilisés pour déterminer l'immunité.

On considère comme « immunosupprimées », les personnes qui suivent les traitements immunosuppresseurs ci-dessous :

- Corticostéroïdes : prednisone, budésonide (si traitement pendant  $\geq 14$  jours avec équivalent de prednisone à  $\geq 2$  mg/kg/jour)
- Médicaments biologiques (infliximab, adalimumab, golimumab, védolizumab, ustekinumab, risankizumab, mirikizumab)
- Petites molécules à administration orale (tofacitinib, upadacitinib, ozanimod)
- Immunomodulateurs (azathioprine, méthotrexate)

Prestataire de soins/infirmière spécialisée dans les MII

- S'assurer que tous les patients atteints d'une MII reçoivent un vaccin annuel contre la grippe.

- Il importe de passer en revue les antécédents de vaccination et de voyage du patient à chaque rendez-vous, en particulier s'il prévoit commencer ou s'il suit déjà un traitement immunosuppresseur.

## Vaccins vivants

- Les vaccins vivants (Tableau 1) sont contre-indiqués chez les patients suivant un traitement immunosuppresseur ou présentant une malnutrition protéino-calorique importante en raison du risque de maladie causée par le vaccin.
- Intervalles de temps suggérés pour obtenir un fonctionnement optimal du système immunitaire et diminuer le risque de maladie provoquée par la souche vaccinale :
  - les vaccins vivants doivent être administrés au moins 4 semaines avant d'amorcer un traitement immunosuppresseur;
  - les vaccins vivants doivent être administrés au moins 3 mois après l'arrêt d'un traitement immunosuppresseur (cet intervalle varie en fonction du médicament et de sa demi-vie [Tableau 2], de la maladie sous-jacente ou de l'urgence de l'immunisation, notamment si celle-ci est nécessaire pour une prise en charge post-exposition ou en cas d'épidémie. Par exemple, cet intervalle peut être aussi court que 1 mois après l'arrêt des corticostéroïdes à forte dose).
- Les patients qui pourraient avoir besoin de vaccins vivants pour des raisons professionnelles ou de voyage (Tableaux 3a et 3b) doivent être avertis, avant de commencer un traitement immunosuppresseur, du besoin de revoir et de mettre à jour leur vaccination.
- Les produits sanguins d'origine humaine peuvent perturber la réponse immunitaire aux vaccins vivants.

## Vaccins inactivés

- Les vaccins inactivés (Tableau 3) sont sans danger pour les patients suivant un traitement immunosuppresseur, mais la réponse à la vaccination pourrait être sous-optimale.
- Intervalles de temps suggérés pour obtenir une réponse optimale aux vaccins :
  - les vaccins inactivés doivent être administrés au moins 2 semaines, de préférence de 3 à 4 semaines, avant d'amorcer un traitement immunosuppresseur;
  - les vaccins inactivés doivent être administrés au moins 3 mois après l'arrêt d'un traitement immunosuppresseur (cet intervalle varie en fonction du médicament et de sa demi-vie, de la maladie sous-jacente, ou de l'urgence de l'immunisation, notamment si celle-ci est nécessaire pour une prise en charge post-exposition ou en cas d'épidémie).
- Si le traitement immunosuppresseur ne peut être arrêté, des vaccins inactivés peuvent être administrés pendant la période d'immunosuppression. Il est recommandé d'essayer de vacciner 2 semaines après l'administration de la dose du traitement immunosuppresseur (ce qui représente la période où le patient est le moins immunosupprimé).

Tableau 1. Vaccins à virus vivants

Vaccin	Le patient est-il considéré comme immunisé?	Quand le vaccin peut-il être administré avant l'instauration d'un traitement immunosuppresseur?	Le vaccin peut-il être administré si la personne suit déjà un traitement immunosuppresseur?
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)	Oui, si 2 doses documentées de vaccin ont été administrées, ou en cas de sérologie positive.	Au moins 4 semaines avant l'instauration d'un traitement immunosuppresseur.  Contre-indiqué si la personne prévoit de commencer le traitement dans moins de 4 semaines.  Contre-indiqué pendant la grossesse.	Contre-indiqué.
Vaccin contre la varicelle	Oui, en cas d'antécédents auto-déclarés ou de diagnostic par le prestataire de soins de santé d'une infection naturelle, ou si 2 doses de vaccin ont été administrées, ou si le patient est âgé de 50 ans ou plus.  Vérifier la sérologie avant la vaccination si le patient est âgé de plus de 25 ans, ou si une seule dose de vaccin a été administrée, ou si un enfant a des antécédents de varicelle dans la famille immédiate, mais pas l'individu.	Au moins 4 semaines avant l'instauration d'un traitement immunosuppresseur.  Contre-indiqué si la personne prévoit de commencer le traitement dans moins de 4 semaines.  Contre-indiqué pendant la grossesse.	Contre-indiqué.
Vaccin vivant atténué contre la grippe (FluMist® sous forme intranasale)	Ne s'applique pas.	Contre-indiqué si la personne prévoit de commencer le traitement dans moins de 4 semaines.  Utiliser un vaccin inactivé.	Contre-indiqué.  Utiliser un vaccin inactivé.

Vaccin antirotavirus	Ne s'applique pas.	Contre-indiqué si la personne prévoit de commencer le traitement dans moins de 4 semaines.	Contre-indiqué.
----------------------	--------------------	--	-----------------

Tableau 2 : Demi-vies des thérapies innovantes utilisées dans les MII

Médicament	Demi-vie médiane/moyenne (jours)
Infliximab	8-10
Adalimumab	14
Golimumab	12
Védolizumab	25
Ustekinumab	19
Risankizumab	21
Mirikizumab	9

Tableau 3a. Vaccins de voyage à virus inactivés

Vaccin	Utilisation
Vaccin contre la typhoïde (voie injectable)	Considéré sans danger pour les patients suivant un traitement immunosuppresseur. Indiqué pour les personnes de $\geq 2$ ans se rendant dans des régions à haut risque.
Vaccin contre l'encéphalite japonaise	Considéré sans danger pour les patients suivant un traitement immunosuppresseur. Peut être envisagé chez les personnes de $\geq 2$ mois se rendant dans des régions à haut risque en Asie.
Vaccin contre la rage	Considéré sans danger pour les patients suivant un traitement immunosuppresseur. Une prophylaxie préexposition peut être envisagée en cas de voyage dans des régions à haut risque, ou si le patient est exposé à un risque élevé de contact étroit avec des animaux enrégés ou avec le virus de la rage.  Vu la réponse sous-optimale possible au vaccin si

Vaccin	Utilisation
	la personne est immunosupprimée, une double prophylaxie post-exposition au moyen du vaccin et d'une immunoglobuline doit être envisagée en cas d'exposition.
Vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B	Considéré sans danger pour les patients suivant un traitement immunosuppresseur. Indiqué en cas de voyage dans des régions à haut risque.
Vaccin méningococcique	Considéré sans danger pour les patients suivant un traitement immunosuppresseur. Indiqué en cas de voyage dans des régions à haut risque.
Vaccin contre le choléra et la diarrhée du voyageur (inactivé, voie orale)	<p>Le bénéfice étant limité, le vaccin n'est pas recommandé de manière systématique pour la plupart des voyageurs.</p> <p>Toutefois, les voyageurs (âgés de <math>\geq 2</math> ans) effectuant un déplacement de courte durée, et présentant un risque élevé de complications de santé ou de désagréments importants dus à la diarrhée du voyageur, pourraient trouver que les avantages potentiels du vaccin, selon leurs valeurs et préférences personnelles, associés à une faible probabilité d'effets indésirables l'emportent sur le fardeau des risques.</p> <p>La réponse anticorps pourrait être sous-optimale chez les patients suivant un traitement immunosuppresseur.</p>

Tableau 3b. Vaccins de voyage à virus vivants

Vaccin	Utilisation
Vaccin contre la fièvre jaune	Contre-indiqué si la personne est immunosupprimée. Si la personne se rend dans une région à haut risque, consulter un spécialiste des maladies infectieuses.
Vaccin contre la typhoïde (voie orale)	Contre-indiqué si la personne est immunosupprimée. Envisager une forme inactivée par voie injectable si indiqué.
Vaccin bacille de Calmette-Guérin (BCG)	Contre-indiqué si la personne est immunosupprimée.

Tableau 4. Vaccins à virus inactivés

Vaccin	Faut-il vérifier le titre avant la vaccination?	Recommandations
Tétanos-diphtérie (dT) Tétanos-diphtérie coqueluche acellulaire (dcaT) Tétanos-diphtérie-coqueluche acellulaire et polio inactivé (DCaT/DCaT-VPI-Hib)	Non	Administrer selon le calendrier habituel. Rappel dT tous les 10 ans; avec le dcaT utilisé à 14-16 ans.  <u>Toutes</u> les femmes enceintes devraient se voir proposer le vaccin dcaT (à administrer entre la 27 <sup>e</sup> et la 32 <sup>e</sup> semaine de gestation) lors de chaque grossesse, quel que soit leur historique de vaccination.
<i>Haemophilus influenzae</i> de type B (Hib)	Non	Administrer selon le calendrier habituel.
Virus du papillome humain (VPH)	Non	Administrer selon le calendrier habituel aux enfants en âge d'aller à l'école.  Recommandé pour les hommes et les femmes âgés de 9 à 26 ans. Les personnes âgées de 27 ans et plus peuvent recevoir le vaccin après une prise de décision partagée et une discussion avec leur prestataire de soins de santé.  Généralement, deux doses (0 et 6 mois) ou 3 doses (0, 2 et 6 mois) sont administrées (envisager la vaccination à 3 doses si le patient est immunosupprimé).  Fortement recommandé aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
Influenza (vaccin inactivé/voie injectable)	Non	Vaccin annuel  Le moment de l'administration doit correspondre au point le plus bas de l'immunosuppression chez les personnes prenant des médicaments biologiques jumelé à la nécessité d'administrer le vaccin avant le début de la saison

Vaccin	Faut-il vérifier le titre avant la vaccination?	Recommandations
		grippale (qui commence à l'automne et culmine en hiver).
COVID-19 (vaccin inactivé)	Non	Administrer selon les recommandations des autorités locales de santé publique.
Pneumocoque (vaccin conjugué) [Pneu-C-15, Pneu-C-20]	Non	<p>Administrer selon le calendrier recommandé par les autorités de santé publique. Le moment dépend de la vaccination antérieure.</p> <p>Indépendamment du statut vaccinal avec Pneu-C-13 ou Pneu-P-23, une dose de Pneu-C-20 est recommandée pour tous les adultes de 65 ans et plus, ainsi que pour les adultes de 18 à 64 ans à risque de maladie pneumococcique invasive.</p> <p>Chez les adultes précédemment vaccinés, le Pneu-C-20 doit être administré au moins 1 an après la dernière dose de Pneu-C-13 ou de Pneu-P-23.</p> <p>Pour les adultes n'ayant jamais été vaccinés et chez qui le Pneu-C-20 est recommandé, le Pneu-C-15 suivi du Pneu-P-23 peut être proposé comme option de remplacement. Pour les adultes de 65 ans et plus ayant uniquement reçu le Pneu-P-23, il peut être bénéfique de proposer le Pneu-C-15 si le Pneu-C-20 n'est pas disponible.</p> <p>Bien que l'intervalle recommandé entre le Pneu-C-15 et le Pneu-P-23 soit de 1 an, lorsque l'achèvement rapide d'une série de vaccins est nécessaire chez une population vulnérable, l'intervalle recommandé est de 8 semaines. L'intervalle minimum entre le Pneu-C-20 et le Pneu-C-13 est de 8 semaines.</p>
<a href="#">Méningocoque</a> (vaccin conjugué) (souche C) [Men-C-C]	Non	Administrer selon le calendrier habituel.

Vaccin	Faut-il vérifier le titre avant la vaccination?	Recommandations
Méningocoque (vaccin conjugué) [Men-C-ACYW]	Non	<p>Administrer selon le calendrier habituel (aux personnes de 12 à 24 ans).</p> <p>Vacciner les adultes présentant un risque accru de maladie méningococcique invasive s'ils n'ont pas été vaccinés auparavant.</p>
Méningocoque du sérogroupe B	Non	<p>La vaccination peut être envisagée au cas par cas, en fonction des préférences individuelles, de l'épidémiologie régionale du méningocoque du sérogroupe B et de la sensibilité des souches.</p> <p>Proposer le vaccin aux personnes présentant un risque accru de maladie méningococcique invasive.</p>
Virus de l'hépatite A (VHA)	Oui	<p>L'administration de 2 doses est nécessaire : administrer à 0, 6-36 mois (selon le produit).</p> <p>En cas d'immunodépression, envisager l'emploi d'immunoglobulines anti-VHA en plus du vaccin contre le VHA pour la prophylaxie post-exposition.</p> <p>Recommandé pour les groupes à risque (par exemple, personnes atteintes de maladies chroniques du foie, comme la cholangite sclérosante primitive; hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)</p>

Vaccin	Faut-il vérifier le titre avant la vaccination?	Recommandations
Virus de l'hépatite B (VHB)	Oui	Administrer selon le calendrier habituel. Le calendrier d'administration dépend du produit particulier, de l'âge de la personne et des problèmes médicaux associés. Vérifier les titres post-vaccinaux HB 1 mois après la dernière dose.  Se reporter au <a href="#">Guide canadien d'immunisation</a> pour les doses / le calendrier et la prise en charge des non-répondeurs.
Vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B	Oui	Peut être administré à la place des vaccins contre le VHA et le VHB individuellement. Administrer selon le calendrier recommandé.
Vaccin recombinant contre le zona, inactivé	Non, mais attendre 1 an après un épisode de zona ou immunisation avec un vaccin vivant contre le zona	Recommandé aux adultes de 50 ans ou plus.  Recommandé avant le début d'un traitement par un inhibiteur de JAK à tout âge.  Deux doses, administrées à 2 à 6 mois d'intervalle. Les recommandations peuvent changer à mesure que de plus amples informations deviennent disponibles.

Autres ressources

CANIBD Vaccination guide: <https://canibdvaccination.ca/>

RED BOOK: 2024-2027 Report of the Committee on Infectious Diseases (33<sup>rd</sup> Edition)  
<https://publications.aap.org/redbook/book/755/Red-Book-2024-2027-Report-of-the-Committee-on>

Calendriers d'immunisation recommandés : Guide canadien d'immunisation  
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-1-information-cle-immunisation/page-13-calendriers-immunisation-recommandes.html>

Fiches de vaccination : enfants <https://immunize.ca/fr/fiche-de-vaccination-enfants>

Fiches de vaccination : adultes <https://immunize.ca/fr/fiches-de-vaccination-adultes>

Vaccinations de voyage <https://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/vaccins>

## Références

Mir, F., et al. Health maintenance in inflammatory bowel disease. *Curr Gastroenterol Reports* 2018; 20(23): 22-28. <https://doi.org/10.1007/s11894-018-0621-1>

Farraye, F.A., et al. ACG Clinical Guideline: Preventive care in inflammatory bowel disease. *Am J of Gastroenterol* 2017; 112:241-258. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.537>

Lopez, A., et al. Vaccination recommendations for the adult immunosuppressed patient: A systematic review and comprehensive field synopsis. *J of Autoimmunity* 2017; 80:10-27. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2017.03.011>

Long, M., et al. Immunizations in pediatric and adult patients with inflammatory bowel disease: A practical case-based approach. *Inflammatory Bowel Disease* 2015; 21:1993-2003. <https://doi.org/10.1097/mib.0000000000000395>

Guide canadien d'immunisation: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/guide-canadien-immunisation.html>

Sieiro-Santos C, Herrero JG, Ordas Martínez J, Álvarez Castro C, López Robles A, Colindres R, Martín ER, Sahagun AM, Ruiz de Morales JG. Immunogenicity to Herpes Zoster recombinant subunit vaccine in immune-mediated rheumatic patients under treatment with JAK inhibitors. *Rheumatology (Oxford)*. 24 oct. 2024:keae584. doi: 10.1093/rheumatology/keae584. Publication en ligne avant impression. PMID: 39447032. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keae584>