

crohn's colitis

Nom de la voie de soins cliniques

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

Objectif

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

Population de patients

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

Dre Jennifer deBruyn MD, M.Sc., FRCSC (Université de Calgary)

Dre Karen Kroeker MD, M.Sc., FRCSC (Université de l'Alberta)

À retenir

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

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

REMARQUE : La couverture des vaccins varie selon la région.

Ces outils de soutien à la décision clinique ont été mis au point par des experts canadiens dans le domaine des MII, basés sur leur interprétation des données probantes actuelles et des considérations spécifiques au système de santé canadien. Des lignes directrices internationales provenant d'Europe et des États-Unis sont disponibles; elles peuvent refléter des facteurs régionaux qui ne sont pas directement applicables 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 « immunodéprimées », les personnes suivant les traitements immunosuppresseurs suivants :

- Corticoïdes : prednisone, budésonide (si traitement ≥ 14 jours avec un équivalent prednisone ≥ 2 mg/kg/j)
- Produits biologiques (infliximab, adalimumab, golimumab, vedolizumab, ustekinumab, risankizumab, mirikizumab)
- Petites molécules orales (tofacitinib, upadacitinib, ozanimod)
- Immunomodulateurs (azathioprine, méthotrexate)

Prestataire de soins/Infirmière spécialisée dans les MII

- S'assurer que tous les patients atteints d'une MII soient soumis à une vaccination annuelle 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.

crohn's colitis

Vaccins vivants

- Les vaccins vivants (Tableau 1) sont contre-indiqués chez les patients suivant un traitement immunosuppresseur et qui présentent une malnutrition protéino-énergétique significative en raison du risque de maladie causée par le vaccin.
- Intervalles de temps suggérés pour un fonctionnement optimal du système immunitaire et moindre risque de maladie provoquée par la souche vaccinale : (i) les vaccins vivants doivent être administrés au moins 4 semaines avant d'entamer un traitement immunosuppresseur; (ii) 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 la vaccination, notamment si celle-ci est nécessaire pour la prise en charge post-exposition ou en cas d'épidémie. Par exemple, cet intervalle peut être aussi court qu'un mois après l'arrêt des corticostéroïdes à forte dose).
- Les patients qui pourraient avoir besoin de vaccins vivants pour raison professionnelle ou de voyage (Tableau 3a et 3b) doivent être avertis, avant de commencer un traitement immunosuppresseur, du besoin de revoir et de mettre à jour leurs vaccins.
- 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 une réponse optimale aux vaccins : (i) les vaccins inactivés doivent être administrés au moins 2 semaines, de préférence 3 à 4 semaines, avant d'entamer un traitement immunosuppresseur; (ii) 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 l'urgence de l'immunisation si les vaccins sont nécessaires pour la prophylaxie post-exposition ou la gestion des éclosions).
- Si la thérapie immunosuppressive ne peut être arrêtée, 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 de thérapie immunosuppressive (afin de représenter la période la moins immunosupprimée).

Tableau 1. Indications concernant les vaccins vivants

Vaccins vivants	Qui est considéré comme immunisé?	Quand le vaccin peut-il être administré avant l'instauration d'un traitement immunosuppresseur?	Quand le vaccin peut-il être administré si la personne suit déjà un traitement immunosuppresseur?
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	Si 2 doses documentées de vaccin, ou 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.
Varicelle	En cas d'antécédents auto-déclarés ou de diagnostic du prestataire de soins de santé d'une infection naturelle, ou de 2 doses de vaccin, ou si au moins 50 ans. Vérifier la sérologie avant la vaccination si au moins 25 ans, ou une seule dose de vaccin seulement, ou un enfant avec 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.
Influenza atténuée vivante (sous forme intranasale de FluMist)	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.

crohn's colitis

Rotavirus	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 biologiques dans la maladie inflammatoire de l'intestin

Medication	Demi-vie médiane / moyenne (d)
Infliximab	8-10
Adalimumab	14
Golimumab	12
Vedolizumab	25
Ustekinumab	19
Risankizumab	21
Mirikizumab	9

Tableau 3a. Vaccins de voyage inactivés

Vaccin	Utilisation
Typhoïde (injectable)	Considéré sans danger pour les patients suivant un traitement immunosuppresseur. Indiqué pour les personnes ≥ 2 ans se rendant dans des régions à haut risque.
Encéphalite japonaise	Considéré sans danger pour les patients suivant un traitement immunosuppresseur. Peut être pris en compte pour les personnes ≥ 2 mois se rendant dans des régions à haut risque en Asie.

crohn's colitis

Vaccin	Utilisation
Rage	<p>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 à haut risque de contact étroit avec des animaux enrégés ou le virus de la rage.</p> <p>Vu la réponse sous-optimale possible au vaccin si la personne est immunodéprimée, une prophylaxie post-exposition avec les deux vaccins et l'immunoglobuline doit être envisagée en cas d'exposition.</p>
Hépatite A et B	Considéré sans danger pour les patients suivant un traitement immunosuppresseur. Indiqué pour les voyages dans les régions à haut risque
Vaccin méningococcique	Considéré sans danger pour les patients suivant des thérapies immunosuppressives. Indiqué en cas de voyage dans des régions à haut risque.
Vaccin contre le choléra et la diarrhée du voyageur (inactivé, oral)	De bénéfice limité et non recommandé de manière systématique pour la plupart des voyageurs. Toutefois, les voyageurs de courte durée (≥ 2 ans) 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, en fonction de leurs valeurs et préférences personnelles, associés à une faible probabilité d'effets indésirables, l'emportent sur le fardeau des risques. La réponse en anticorps pourrait être sous-optimale chez les patients sous traitements immunosuppressifs.

Tableau 3b. Vaccins de voyage activés

Vaccin	Utilisation
Fièvre jaune	Contre-indiqué si la personne est immunodéprimée. Si la personne se rend dans une région à haut risque, consulter un spécialiste des maladies infectieuses.
Typhoïde (oral)	Contre-indiqué si la personne est immunodéprimée. Envisager une forme inactivée injectable si indiqué.

crohn's colitis

Vaccin	Utilisation
Bacille de Calmette et Guérin (BCG)	Contre-indiqué si la personne est immunodéprimée.

Tableau 4. Vaccins inactivés

Vaccin	Faut-il vérifier le titre avant la vaccination?	Recommandations
Tétanos-diphtérie (Td) Tétanos-diphtérie coqueluche acellulaire (Tdap) Tétanos-diphtérie-coqueluche acellulaire et polio inactivé (DTap/DTaP-IPV-Hib)	Non	Administrer selon le calendrier habituel Rappel Td tous les 10 ans; avec le Tdap utilisé à 14-16 ans. Toutes les femmes enceintes devraient se voir proposer le vaccin Tdap (à administrer entre la 27e et la 32e semaine de gestation) lors de chaque grossesse, quel que soit leur historique de vaccination.
Haemophilus influenzae de type B (Hib)	Non	Administrer selon le calendrier habituel.
Papillomavirus humain (HPV)	Non	Administrer selon le calendrier habituel pour les 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) (envisager si le patient est immunosupprimé) Fortement recommandé aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

crohn's colitis

Vaccin	Faut-il vérifier le titre avant la vaccination?	Recommandations
Influenza (inactivée/forme injectable)	Non	Vaccin annuel. Le moment de l'administration doit équilibrer le point le plus bas de l'immunosuppression chez les personnes prenant des médicaments biologiques et la nécessité d'administrer le vaccin avant le début de la saison grippale (qui commence à l'automne et culmine en hiver).
COVID-19 (inactivé)	Non	Administrer selon les recommandations des autorités locales de santé publique.
Pneumocoque (conjugué) [Pneu-C-15, Pneu-C-20]	Non	Administrer selon le calendrier recommandé par les autorités de santé publique. Le moment dépend de la vaccination antérieure. 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. 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. 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 en alternative. 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. Bien que l'intervalle recommandé entre le

crohn's colitis

Vaccin	Faut-il vérifier le titre avant la vaccination?	Recommandations
		Pneu-C-15 et le Pneu-P-23 soit de 1 an, lorsque l'achèvement rapide d'une série de vaccins est nécessaire pour 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.
Méningocoque (conjugué) (souche C) [Men-C-C]	Non	Administrer selon le calendrier habituel
Méningocoque (conjugué) [Men-C-ACYW]	Non	Administrer selon le calendrier habituel. (12 à 24 ans). Vacciner les adultes présentant un risque accru de maladie méningococcique invasive s'ils n'ont pas été vaccinés auparavant.
Vaccins contre le méningocoque de groupe B	Non	Peut être envisagé au cas par cas, en fonction des préférences individuelles, de l'épidémiologie régionale du méningocoque de groupe B et de la sensibilité des souches. Proposer aux individus présentant un risque accru de maladie méningococcique invasive.
Virus de l'hépatite A (VHA)	Oui	2 doses nécessaires : administrer à 0, 6-36 mois (selon le produit). En cas d'immunodépression, envisager l'immunoglobuline VHA en plus du vaccin VHA pour la prophylaxie post-exposition. Recommandé pour les groupes à risque (par exemple, maladies chroniques du foie, comme la cholangite sclérosante primitive, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)

crohn's colitis

Vaccin	Faut-il vérifier le titre avant la vaccination?	Recommandations
Virus de l'hépatite B (VHB)	Oui	Administrer selon le calendrier habituel. Le calendrier de dosage 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 référer au guide canadien d'immunisation pour les doses / le calendrier et la gestion des non-répondeurs.
Twinrix (Combinaison hépatite A/B)	Oui	Peut être administré à la place du VHA et du VHB individuellement. Administrer selon le calendrier recommandé.
Shingrix (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 pour les adultes d'au moins 50 ans. Recommandé avant le début d'une thérapie par JAKi 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 :

Guide de vaccination CANIBD <https://badgut.org/centre-information/sujets-de-a-a-z/vaccins-et-mii/?lang=fr>

RED BOOK: 2024-2027 Report of the Committee on Infectious Diseases (33rd 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>

crohn's colitis

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). 2024 Oct 24;keae584. doi: 10.1093/rheumatology/keae584. Epub ahead of print. PMID: 39447032. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keae584>