



Améliorer la protection? Le vaccin contre le VRS durant la grossesse

QUESTION CLINIQUE

À quel point le vaccin contre le virus respiratoire syncytial (VRS) (Abrysvo^{MC}) est-il efficace et sûr lorsqu'il est administré durant la grossesse?

CONCLUSION

Approuvé par Santé Canada pour utilisation durant la grossesse, le vaccin contre le VRS (Abrysvo^{MC}) réduit les infections à VRS graves (taux d'infection de 0,5 % par rapport à 1,8 % avec le placebo) et d'hospitalisations pour infection à VRS (0,5 % par rapport à 1,3 %) à 180 jours chez les nourrissons. Les accouchements prématurés étaient numériquement, mais non statistiquement, plus élevés avec ce vaccin par rapport au placebo. L'administration est limitée à la période de la 32^e à la 36^e semaine de grossesse pour atténuer ce risque. Les lignes directrices recommandent le recours au nirsévimab chez les nourrissons plutôt qu'au vaccin prénatal lorsque cela est indiqué.

DONNÉES PROBANTES

- Accent mis sur les principaux essais cliniques randomisés (ECR) d'un vaccin sous-unitaire à base de protéine F stabilisée en conformation préfusion (VRSpréF, Abrysvo^{MC}). Aucune revue systématique du vaccin VRSpréF seulement. Les résultats portent sur les nourrissons et sont statistiquement différents, sauf indication contraire. Toutes les études ont été financées par l'industrie.
- Efficacité : VRSpréF par rapport au placebo, administré entre la 24^e et la 36^e semaine de grossesse (moyenne : 31 semaines)^{1,2} :
 - 7 392 femmes enceintes, 7 128 nourrissons (nés entre la 37^e et la 42^e semaine dans 94 % des cas)¹ :
 - Infection à VRS grave :
 - À 90 jours : 0,2 % par rapport à 0,9 % (placebo), nombre de sujets à vacciner (NSV) = 143.
 - À 180 jours : 0,5 % par rapport à 1,8 % (placebo), NSV = 77.
 - Hospitalisation pour infection à VRS :
 - À 90 jours : 0,3 % par rapport à 0,9 % (placebo), NSV = 167.
 - À 180 jours : 0,5 % par rapport à 1,3 % (placebo), NSV = 125.
 - Limites : ECR arrêté prématurément; nombre limité de cas de VRS durant la période de l'étude (pandémie de COVID-19).
 - 406 femmes enceintes; 403 nourrissons (âge gestationnel moyen : 39 semaines)² :
 - Infection à VRS grave : 0,3 % par rapport à 2,9 % (placebo) (aucune statistique rapportée).
 - Limites : analyse intermédiaire, peu d'événements.
- Innocuité :
 - Accouchement prématuré : 5,7 % par rapport à 4,7 % (placebo), aucune différence statistique¹.
 - Étude observationnelle : 5,9 % par rapport à 6,7 % (placebo), aucune différence statistique (administration entre la 32^e et la 36^e semaine)³.

CONTEXTE

- Au Canada, le VRS cause⁴ :
 - Des hospitalisations durant l'enfance : ~ 2 500/année.
 - La mortalité : de 2 à 3 sur 1 000 personnes hospitalisées.
- Les lignes directrices recommandent⁵ :
 - L'administration du nirsévimab (pour nourrissons) plutôt que celle du vaccin VRSpréF, citant de plus grandes données sur l'efficacité et l'innocuité. Aucune comparaison directe disponible.
 - L'administration du VRSpréF : entre la 32^e et la 36^e semaine de grossesse (en raison du risque d'accouchement prématuré).
- Accouchements prématurés : signal d'innocuité concernant un vaccin différent (VRSpréF3).
 - Administration à 5 338 femmes enceintes entre la 25^e et la 36^e semaine de grossesse⁶.
 - Accouchements prématurés : 6,8 % par rapport à 4,9 % (placebo), NNN = 55.
 - Revue systématique (trois vaccins contre le VRS, 4 ECR) : peu de différence, voire aucune, du point de vue des accouchements prématurés⁷.

- Coût⁸ : 280 \$. La couverture varie d'une province à l'autre.

RÉFÉRENCES

1. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I et al. *New Engl J Med.* 2023;388(16):1451-1464.
2. Simoes EAF, Center KJ, Tita ATN et al. *New Engl J Med.* 2022;386:1615-1626.
3. Son M, Riley LE, Staniczenko AP et al. *New Engl J Med.* 2024;390:1009-1021.
4. Bourdeau M, Vadlamudi NK, Bastien N, et al. *JAMA Netw Open.* 2023;6(10):e2336863.
5. Comité consultatif national de l'immunisation. Vaccins contre le virus respiratoire syncytial (VRS) : Guide canadien d'immunisation. 2024. Lien : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/virus-respiratoire-syncytial.html#a6.6>. Consulté le 22 juillet 2024.
6. Dieussaert I, Kim HH, Luik S et al. *New Engl J Med.* 2024;390:1009-1021.
7. Pfiijffer EWEM, deBruin O, Ahmadizar F et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;5:CD015134.
8. RxFiles. Vaccines: Adults. Février 2024. Lien : <https://www.rxfiles.ca/RxFiles/uploads/documents/members/Cht-Vaccine-Adult-and-SK-Funded.pdf>. Consulté le 3 septembre 2024.

AUTRICES

Samantha Moe, Pharm. D.
Jessica Kirkwood, M.D.,
CCMF-MT

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse

toolsforpractice@cfpc.ca. La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFC Apprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.